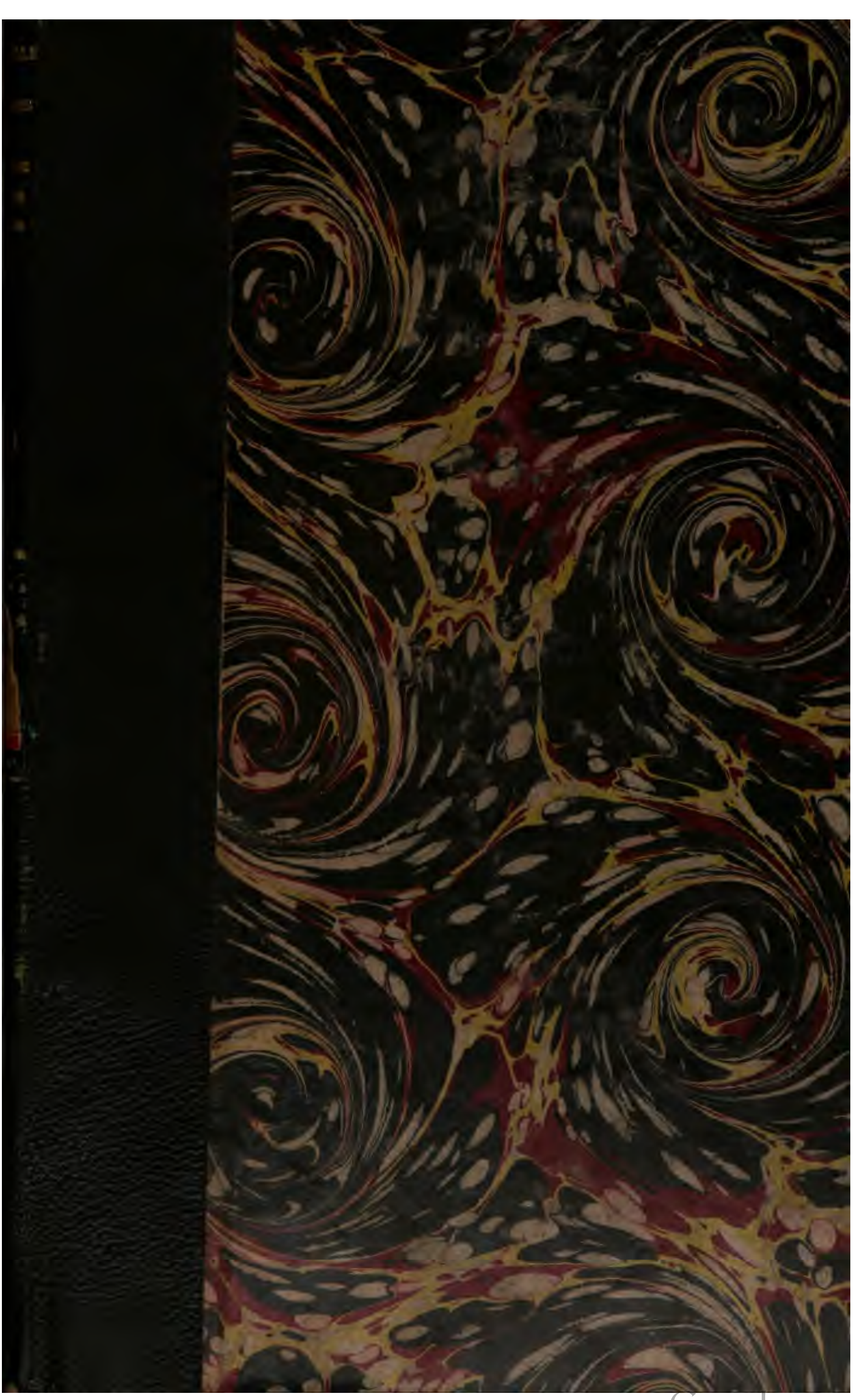
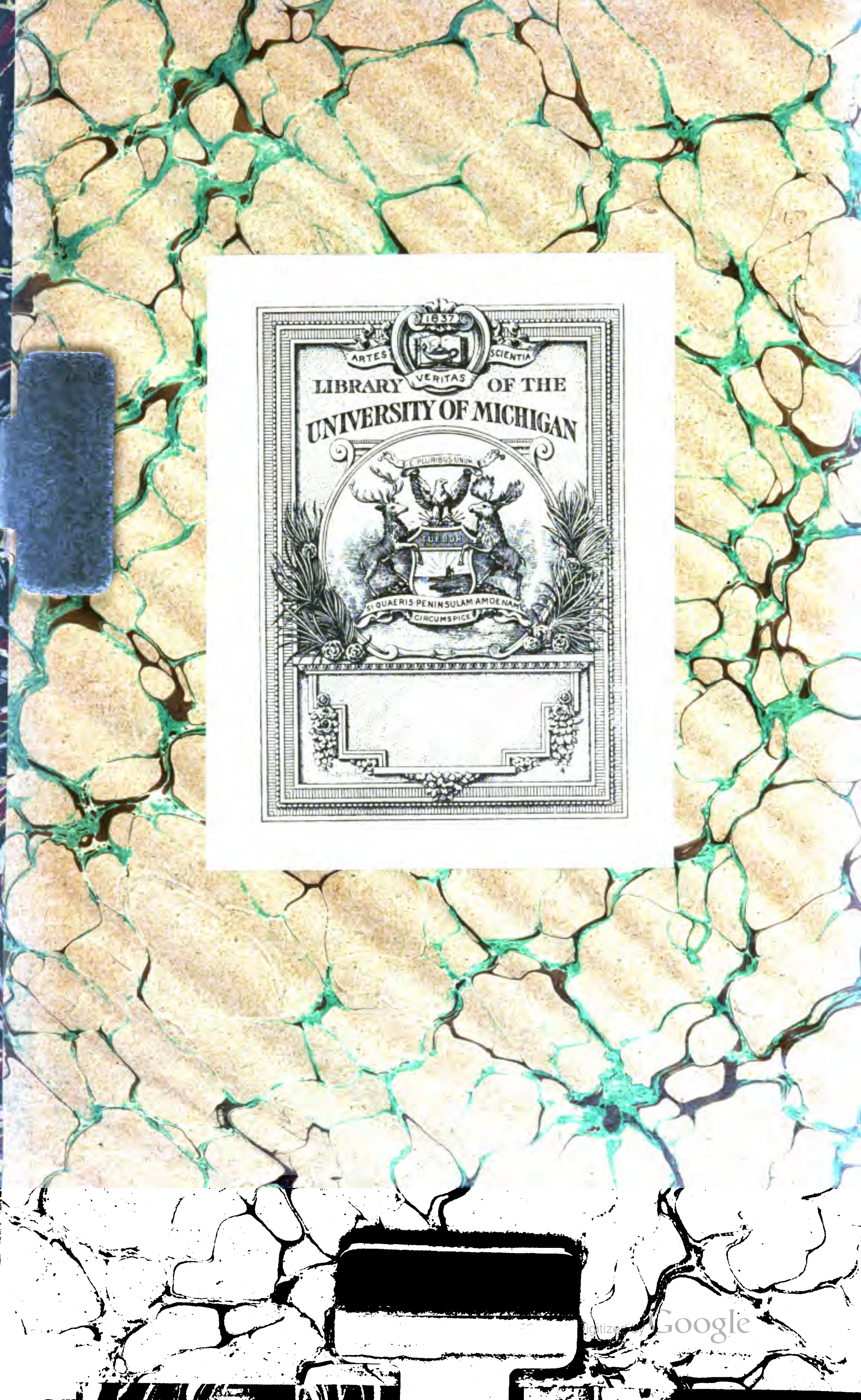
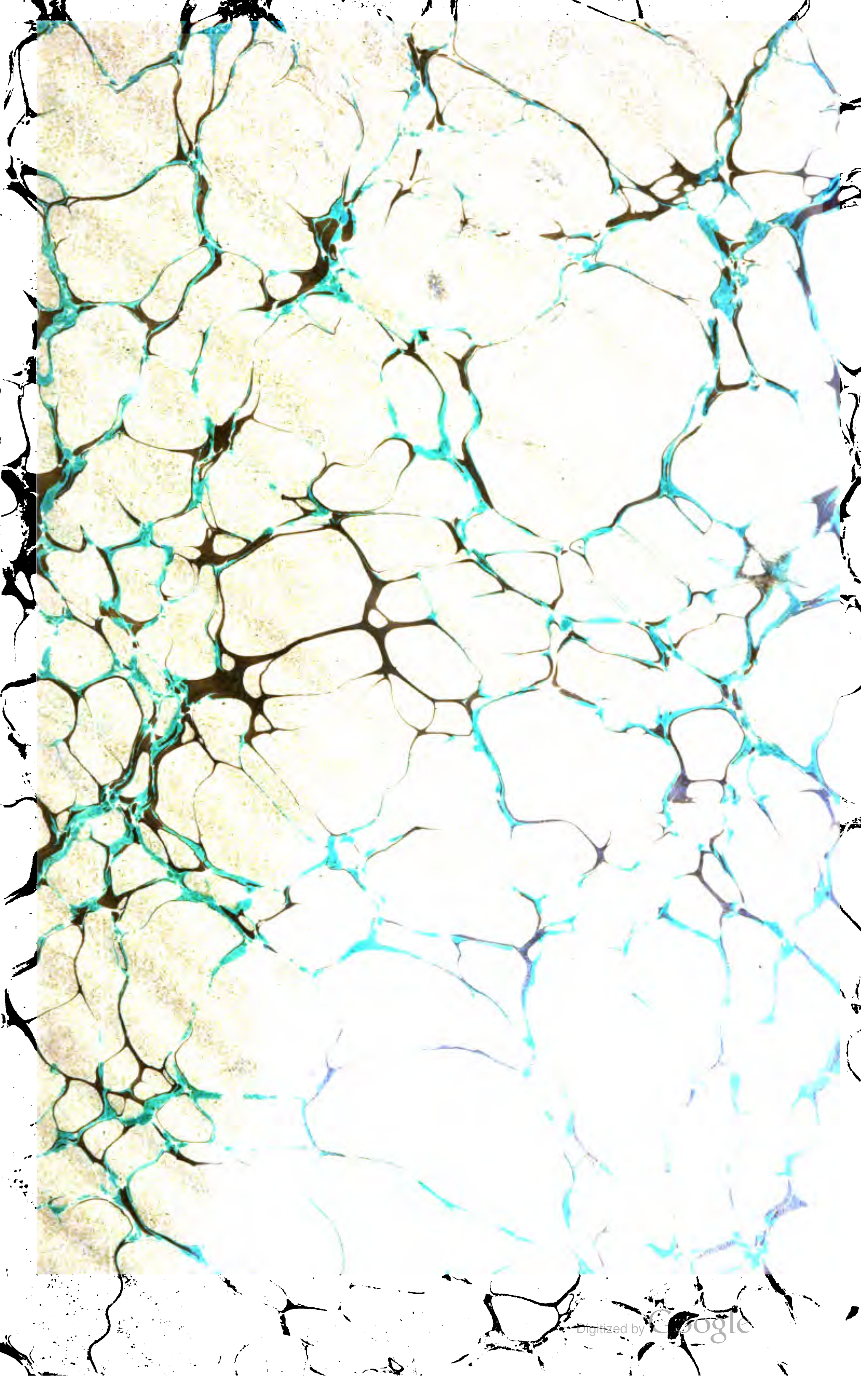



1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE



RECHERCHES

SUR

L'ÉPILEPSIE, L'HYSTÉRIE

ET

L'IDIOTIE

PUBLICATIONS DU *PROGRÈS MÉDICAL*

RECHERCHES
CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES
SUR

L'ÉPILEPSIE, L'HYSTÉRIE
ET
L'IDIOTIE

COMPTE RENDU DU SERVICE DES ÉPILEPTIQUES
ET DES ENFANTS IDIOTS ET ARRIÉRÉS DE BICÊTRE
PENDANT L'ANNÉE 1880.

PAR

BOURNEVILLE
MÉDECIN DE BICÊTRE

ET

H. D'OLIER
INTERNE DE SERVICE

tome I

PARIS

AUX BUREAUX DU
PROGRÈS MÉDICAL
6, rue des Écoles, 6.

A. DELAHAYE & E. LECROSNIER
ÉDITEURS
Place de l'École de Médecine

1881

PREMIÈRE PARTIE

Historique; Statistique.

Le service des épileptiques adultes et des enfants idiots, épileptiques et hystériques de Bicêtre.

I.

Le 8 octobre 1879, nous revenions, en qualité de chef de service dans la 3e section de la division des aliénés de Bicêtre, où nous avions débuté comme étudiant en médecine au mois de janvier 1860. A cette époque, cette section, consacrée aux *épileptiques et aux enfants idiots* était dirigée, avec le plus grand dévouement, par notre vénéré maître, M. Delasiauve. Il s'intéressait surtout, avec un zèle que ne fatiguait ni ne décourageait l'indifférence et qui est pis la mauvaise volonté de l'Administration, des enfants idiots et épileptiques. Une étude attentive du service l'avait amené à réclamer des améliorations nombreuses et indispensables. Et il en avait formulé le programme complet dans un mémoire communiqué en 1857 à l'Académie de médecine et publié seulement en 1859. Les passages suivants montreront à la fois sur quels principes ce remarquable travail s'appuyait et quelle était la situation du service en 1859 (1).

« Asservie au commun préjugé, écrivait M. Delasiauve, l'Administration n'a point cessé de poursuivre, dans l'en-

(1) Delasiauve. — *Des principes qui doivent présider à l'éducation des idiots.*

seignement de l'idiot, l'idéal de l'éducation ordinaire, c'est-à-dire le perfectionnement de l'intellect par la lecture, l'écriture, le calcul, le dessin, etc. Sans dédaigner positivement les autres éléments d'action, elle ne leur assigne qu'une place accessoire et croit avoir amplement satisfait à ses obligations en créant une école et en abandonnant à l'instituteur, avec une classe passablement spacieuse, un assez vaste matériel.....

« Un seul maître ne saurait suffire à un grand nombre d'élèves, l'action préceptorale devant être immédiate, soutenue, et en quelque sorte individualisée. *Un emplacement étendu, des locaux séparés et pourvus d'appareils diversifiés*, seraient, en outre, nécessaires pour favoriser la formation de groupes en rapport avec l'extrême variété des aptitudes et des exercices.

« Bicêtre n'offre ni l'un ni l'autre de ces avantages. Le professeur, pour un chiffre moyen de 110 enfants, dont 85 au moins modifiables à différents degrés, n'a d'autres auxiliaires qu'un certain nombre de moniteurs, *choisis parmi les malades*, péniblement façonnés à leur rôle et disparaissant souvent à l'heure où leur concours fructifierait. Impossible d'ailleurs, dans une enceinte unique, d'organiser les divisions convenables et de les soumettre à un fonctionnement profitable et régulier. L'incorrigibilité de la plupart des idiots y mettrait obstacle, sans compter même l'antagonisme des occupations. Force est, en effet, d'éloigner de la classe tous ceux susceptibles d'y porter le désordre par leur turbulence ou leurs cris.

« Beaucoup d'idiots demeurent ainsi livrés à l'abandon, vaguant dans les cours ou encombrant les salles au préjudice de la salubrité générale. L'enseignement lui-même n'est guère efficace que pour une moitié des individus, pour les épileptiques plus ou moins lucides, quelques sujets arriérés ou demi-imbéciles.

« .....La plupart des exercices ne sont ni accessibles à la masse, comme par exemple, la menuiserie et la cordonnerie, dont les moindres opérations supposent autant de jugement que d'instinct mécanique, ou demeurent, de fait, interdits aux faibles sous l'empire de cette prédilection naturelle pour les forts qu'engendre toute organisation vicieuse. On néglige notamment les ressources qu'offriraient à un apprentissage sérieux les *occupations agricoles* si, ayant à remplir une tâche d'exploitation, les préposés aux brigades champêtres ne laissaient oisifs ou n'écartaient des travaux les enfants inhabiles. Même remarque pour l'escrime, la danse, le gymnase.

« .....Les données exposées déjà, en ce qui concerne la dimension, la répartition et l'aménagement des localités, ainsi que le personnel éducateur et la considération des aptitudes pouvant suffisamment éclairer les applications particulières, nous nous bornerons, sans subir un ordre méthodique, à fournir un spécimen des principaux exercices nécessaires au perfectionnement des idiots.

« C'est d'abord la toilette. Parmi les sujets les plus dégradés, il n'en est guère qui, stylés avec persévérance, ne parviennent à satisfaire aux exigences élémentaires, à se vêtir, à se laver le visage, les mains et les pieds, se peigner les cheveux, se nettoyer les dents, les ongles, ajuster leur costume, chemise, bas, jarretières, pantalon, gilet, veste, cravate, robe, corset, souliers, etc.; les nouer, boutonner, brosser ou cirer. Ces mille et un soins devraient former la matière d'une instruction coordonnée et suivie, dans laquelle on aurait pour moniteurs les plus avancés, pour auxiliaires les serviteurs des salles.

« Même attention, même discipline pour la satisfaction des besoins naturels. On apprendrait aux enfants à manger seuls, avec lenteur et décence. On s'efforcerait de leur communiquer des habitudes de propreté en les initiant aux petites précautions qui la constituent, notamment en accompagnant aux cabinets d'aisances ceux non encore déshabitués des souillures.

« Il serait utile, enfin, de solliciter d'eux une participation quelconque à certaines fonctions domestiques, de leur apprendre, par exemple, à balayer les chambres, à frotter les parquets, à disposer les lits, à sécher ou plier le linge, à porter des fardeaux, à ranger les ustensiles, à dresser ou desservir les tables, à ouvrir ou fermer les portes et les croisées.

Après avoir mis en relief les avantages d'une semblable thérapeutique, M. Delasiauve ajoute que « ce serait une excellente préparation pour des études d'un autre ordre, au premier rang desquelles se placent les moyens gymnastiques. »

« Les plus simples, dit-il, doivent être ici préférés. M. Séguin, en esprit juste, a bien compris cette vérité. Il y aurait abus et inefficacité à se servir des appareils compliqués des gymnases pour des idiots, incapables de tours de force réalisés par les enfants ordinaires, et chez lesquels il s'agit seulement, dans un but d'hygiène, de rapprocher,

suivant le degré accessible, le jeu des fonctions du niveau commun. Sans sortir des exercices d'adoption vulgaire, et pour ne citer que les nombreuses poses auxquelles il est possible de plier le corps et les membres, la marche, la course, le saut, les évolutions avec ou sans balancier, la montée et la descente des escaliers, échelles ou escarpements, le soulèvement des poids, la danse, l'escrime, les tirs au fusil et à l'arc; la balançoire, les barres, le ballon, le tonneau, le palet, la toupie, les boules, les quilles, les osselets, combien de ressources immédiates à l'instructeur pour agir sur la constitution, régulariser les aptitudes, amender les infirmités et les tendances vicieuses, procurer l'animation, stimuler la volonté, remédier au défaut d'agilité et de grâce, en un mot pour récréer chez des êtres à l'état de mutilation ou d'ébauche, une sorte d'existence matérielle et morale! L'essentiel est d'en faire une application méthodique et de ne pas se décourager d'une fructification tardive...

« Disons-le, d'ailleurs, rien de spéculatif dans nos vues. Elles ont les données même des faits pour base et plusieurs essais entrepris par nous sur une échelle très restreinte sont venus les confirmer. Pour qu'on n'en pût sérieusement contester les résultats, nous nous sommes adressé au *caput mortuum*; les idiots délaissés comme impropres à toute culture ont été nos sujets d'élection, et, malgré l'irrégularité des applications; leur durée quotidienne limitée, enfin l'ensemble des efforts, circonscrit jusqu'à présent à un court espace de quatre mois, les changements obtenus ont pu nous convaincre que des soins méthodiquement poursuivis ne demeureraient pas sans utilité. »

Puis, M. Delasiauve rapporte avec détails plusieurs exemples d'idiots abandonnés chez lesquels, en appliquant les principes qu'il a développés, il a obtenu de remarquables résultats. Nous ne pouvons insister plus longuement et nous terminerons par une dernière citation : « au lieu, dit-il, de s'appliquer à former individuellement chez les embarrassants des aptitudes collectives, on les abandonne deux, puis quatre, puis tous à une inertie déplorable. »

Bien que tenue ainsi et sur tous les points au courant de la situation, et alors que, à l'étranger, mettant à profit les essais tentés à l'hospice des Incurables et à Bicêtre,

on s'occupait activement du traitement médical et pédagogique des idiots, l'Administration de l'Assistance publique refusa tout concours à un homme qui n'avait d'autre but que d'être utile à de malheureux enfants et d'organiser une institution honorable pour notre pays.

Depuis 1860 jusqu'à nos jours, plusieurs directeurs ont été placés à la tête de l'Assistance publique : aucun d'eux n'a songé à réaliser les réformes nécessaires. MM. A. Voisin (août 1865 — mars 1867) et J. Falret (1867 — septembre 1879), chargés successivement du service n'ont pas été plus heureux que M. Delasiauve.

II.

Les emprunts faits au mémoire de M. Delasiauve nous ont donné une idée de ce qu'était, en 1858 et 1860, la situation du service des épileptiques et des enfants idiots. Nous devons indiquer maintenant les premières tentatives faites pour l'améliorer, et dans ce but, nous allons reproduire, malgré leur longueur et quelques répétitions, les passages de nos Rapports au Conseil général de la Seine en 1878, 1879, 1880.

« L'école et le réfectoire des enfants (3e section de la division des aliénés) de Bicêtre, écrivions-nous le 16 février 1878, leurs lavabos sont placés au rez-de-chaussée, à côté des bains qui, dans cette section, sont relativement convenables (1). Les dortoirs des enfants qui vont à l'école sont propres, mais insuffisants, et, lors de la visite de votre Commission, il y avait une vingtaine de lits supplémentaires. Mais les dortoirs qui servent à la fois pour l'infirmerie et pour les dégradés sont dans une situation indescriptible.

« Une réforme radicale est d'une extrême urgence : c'est par là qu'il faudrait commencer. Votre Commission pense qu'il conviendrait d'édifier une section pour les enfants sur le terrain libre, contigu aux gymnases couvert et à plein

(1) Nous venions d'indiquer le mauvais état et l'insuffisance des bains de la 1re et de la 2e section.

champ. L'espace est tel qu'il serait possible d'y mettre des dortoirs, des réfectoires, des salles de réunion et une école pour 200 enfants. La nouvelle construction donnerait, d'une part, sur le gymnase découvert qui est très vaste; d'autre part, elle dominerait la vallée de la Bièvre et laisserait voir toute la rive gauche de Paris.

« Grâce à cette réforme, les salles occupées actuellement par les enfants dans la section commune deviendraient vacantes, et, tout en augmentant, s'il en est besoin, les lits d'adultes, on parviendrait à avoir une section qui serait assurément loin d'être parfaite, mais serait en somme, dans des conditions satisfaisantes. On profiterait de ces changements pour supprimer le dortoir situé sous les combles et pour pourvoir le service de *cellules* qui manquent complètement et sont instamment réclamées depuis longtemps par M. J. Falret. Si ces propositions, que l'humanité réclame, étaient acceptées, il y aurait lieu de voir s'il ne conviendrait pas de confier la section des adultes et celle des enfants à deux médecins. — La même remarque s'applique à la Salpêtrière.

« 60 enfants seulement — sur 130 — fréquentent l'école. La proportion devrait être beaucoup plus considérable si le personnel était plus nombreux. Voici la composition de celui-ci :

1 instituteur à..................................	2,400 »
1 professeur de gymnastique (1)..	»
1 professeur de musique........................	1,200 »
2 garçons de classe à 180 francs l'un........	360 »
3 moniteurs à 12 fr. 50 par mois et un maître d'escrime à 2 fr. 50 pris parmi les *administrés* de l'hospice ayant des connaissances spéciales..................................	540 »

« De plus, 10 infirmiers et infirmières sont attachés au service des enfants dégradés, aux dortoirs et aux bains des valides. Un surveillant, une sous-surveillante et un sous-surveillant sont communs au service des épileptiques adultes et enfants.

« En définitive, nous avons : à *Bicêtre*, pour 130 enfants, un personnel de 18 employés, sous-employés et serviteurs; — à la *Salpêtrière*, pour 95 enfants, un personnel de 15 em-

(1) Le traitement du professeur de gymnastique est de 6,000 fr. pour son enseignement à Bicêtre, la Salpêtrière, l'hôpital des Enfants-Malades, l'hôpital Sainte-Eugénie et l'hospice des Enfants-Assistés.

ployés, etc. ; — à *Vaucluse*, pour 60 enfants, un personnel de 20 employés, etc. (1). Notre colonie est très favorisée, par comparaison avec les écoles de Bicêtre et de la Salpêtrière : son personnel est fixé en précision d'un nombre double d'enfants : bien utilisé, bien appliqué à leur service, il doit nous assurer de sérieux résultats.

« Il est à regretter que le personnel de nos deux autres écoles soit aussi insuffisant. A l'étranger, on n'hésite pas à pourvoir les Asiles consacrés aux idiots de tout le personnel nécessaire ; c'est, en particulier, ce que nous avons pu vérifier par nous-même, dans les visites que nous avons faites à deux Asiles anglais : Earlswood et Clapton. Nous ne dirons rien du premier, entretenu luxueusement par des souscriptions, mais nous allons donner quelques renseignements sur le second, fondé par une taxe générale et dans lequel l'entretien des enfants est à la charge de la paroisse à laquelle ils appartiennent.

« 260 enfants sur 340 (filles et garçons) fréquentent la classe ou les ateliers. Le personnel se compose de 50 personnes dont 45 femmes. Le médecin en chef a 10,000 fr. ; il est logé. L'institutrice ou mieux la surintendante de l'école a 2,000 fr. (logée, chauffée, nourrie, etc.) ; — 2 institutrices ont chacune 875 fr. Il y a, en outre, une élève institutrice et 4 infirmières occupées sans cesse à la classe; enfin 3 chefs d'ateliers (cordonnerie, menuiserie, couture). Les infirmières ont, à l'entrée, 375 fr. par an ; elles arrivent à 625 fr. par augmentation annuelle de 25 fr. Le traitement des trois infirmières en chef s'élève progressivement de 625 à 875 fr. Les infirmières qui aident à l'école ont 50 francs de plus que les autres ; au bout de dix ans, elles ont 725 fr. En plus de leur traitement, les infirmières reçoivent une gratification de 50 fr. par an.

« Ce rapide aperçu montre la différence qui existe entre nos écoles d'idiots de Bicêtre et de la Salpêtrière et celle de Clapton. C'est en France, pourtant, qu'a été sérieusement installé, pour la première fois, l'enseignement des idiots. C'est l'enseignement de Bicêtre et de la Salpêtrière qui a été imité en Angleterre.., et largement perfectionné.

(1) En voici l'énumération : 1 instituteur en chef ; — 1 instituteur adjoint (emploi vacant) ; — 1 interne en médecine ; — 1 professeur de chant ; — 1 professeur de gymnastique ; — 1 chef de culture ; — 1 sous-surveillant ; — 1 sous-surveillante ; — 1 sous-surveillant des ateliers (emploi vacant) ; — 1 concierge ; — 1 charretier laboureur ; — 6 infirmiers ; — 4 serviteurs dont 2 sont attachés à l'école comme garçons de classe.

Aujourd'hui, nous devons faire des emprunts à nos voisins (1). »

Le Conseil général invita l'Administration à prendre en sérieuse considération les améliorations et les créations que nous venons d'énumérer, et, sur notre proposition, il vota une subvention de 2000 fr. pour Bicêtre, et de 2000 fr. pour la Salpêtrière, afin d'améliorer la situation du personnel attaché aux enfants idiots et épileptiques et d'augmenter ce personnel.

Le 26 novembre de la même année (1878), comme rien n'avait été encore fait, nous sommes revenu sur cette question dans les termes suivants :

« La classe et le dortoir des enfants qui vont à l'école sont en assez bon état, quoique beaucoup trop petits pour le nombre des enfants qui y sont accumulés en violation de toutes les règles de l'hygiène. Mais, ainsi que nous l'avons déjà dit dans notre Rapport sur le Budget des aliénés pour 1878 (p. 26), l'infirmerie et le dortoir des enfants les plus dégradés sont dans une situation absolument indescriptible. Eh bien, nous avons vu cette année, une partie de cette section qui, en raison de sa position écartée, nous avait échappé l'an dernier et qui exige impérieusement que nous agissions sans retard : c'est une salle de refuge, servant, pendant le jour, aux enfants idiots gâteux et, de plus, de *parloir pour les familles des enfants* les jours de visite (jeudi et dimanche). C'est dans ce local qui mesure 6 m., 60 de longueur, 5 m., 50 de largeur et 3 mètres de hauteur, soit 109 m. c., et *qui est situé sur un ancien puits abandonné dont l'orifice est couvert d'un plancher* que se réunissent chaque jour CINQUANTE ENFANTS, et c'est là que les parents de tous les enfants viennent les voir ! Tous les membres de votre 3e Commission, présents à la visite, ont été péniblement impressionnés à l'exposé de ces faits et à la vue de cette localité et nous ont chargé de vous signaler énergiquement une situation aussi barbare.

« Voilà pour les enfants. Ce n'est pas tout. Leurs salles, l'école, sont comprises, ce qui est mauvais, dans le même bâtiment que les dortoirs, l'infirmerie, le chauffoir des adultes. Ceux-ci, d'ailleurs, ne sont pas mieux partagés, et l'un de leurs dortoirs devrait être supprimé. Ajoutons enfin que,

---

(1) *Rapport sur le budget des asiles d'aliénés pour* 1878, p. 26-28.

malgré l'entassement des malades épileptiques, il en est un certain nombre qui sont disséminés dans les deux autres sections (1).

« Pour remédier à un état de choses aussi affligeant, votre Commission pense, comme l'an dernier, qu'il faudrait édifier une section pour les enfants, sur le terrain libre, contigu aux gymnases couvert et à plein champ. L'espace est tel qu'il serait possible d'y mettre des dortoirs, des réfectoires, des salles de réunion et une école pour 200 enfants. La nouvelle construction donnerait d'une part, sur le gymnase découvert qui est très vaste ; d'autre part, elle dominerait la vallée de la Bièvre et laisserait voir toute la rive gauche de Paris.

« Grâce à cette réforme, les salles occupées actuellement par les enfants, dans la section commune, deviendraient vacantes, et on arriverait à ce résultat avantageux que, tout en diminuant le nombre des lits dans les dortoirs actuels des adultes, il y en aurait assez avec les nouvelles salles pour recevoir les 81 épileptiques qui se trouvent dans la 1re et dans la 2e section, lesquelles auraient des lits rendus à l'usage des aliénés (2). »

On voit par ces citations que l'urgence de transformations radicales dans ce service avait été reconnue par le Conseil général, et que l'Administration de l'Assistance publique avait été invitée à en tenir un compte sérieux.

La troisième section de la division des aliénés comprend : 1° les *épileptiques* et les *hystéro-épileptiques adultes* ; 2° les *enfants épileptiques* ou *hystériques*, et les *enfants idiots*, *imbéciles* ou *arriérés*.

Quand nous avons pris possession du service, les épileptiques adultes étaient au nombre de 143, et les enfants de toute catégorie au nombre de 125, soit en totalité 268 malades.

---

(1) Il y a 44 épileptiques dans la première section et 37 dans la deuxième.

(2) *Rapport sur le budget des asiles d'aliénés pour* 1879, p. 31-32.

III.

La section se compose : 1° d'un bâtiment principal dont la construction est ancienne ; 2° d'un bâtiment perpendiculaire au précédent, de construction relativement récente ; 3° d'un pavillon n'ayant qu'un rez-de-chaussée, isolé des précédents à l'usage de réfectoire pour les adultes.

Le *bâtiment principal*, — *pavillon de la Forge* — qui faisait partie autrefois de la prison de Bicêtre, comprend une partie centrale et un pavillon à chaque extrémité. Voici la distribution des salles :

Rez de chaussée.	Pavillon ouest (1) : cabinet du surveillant, réfectoire des 1ers serviteurs, lavabos (*auges*) des enfants.	
	Partie centrale : cage des escaliers, *chauffoir* (2), dortoir.	
	Pavillon est : dortoir qui communique avec le précédent, ensemble	32 lits.
1er *étage.*	Pavillon ouest : dortoir des enfants valides (3).	20 lits.
	Partie centrale : infirmerie des enfants.	
	Pavillon est : suite de l'infirmerie des enfants, ensemble	50 lits.
2e *étage.*	Pavillon ouest : bibliothèque (4) et salle de lecture des épileptiques, adultes.	
	Partie centrale : infirmerie des adultes.	
	Pavillon sud : suite de l'infirmerie des adultes, ensemble	40 lits.

(1) Le rez-de-chaussée de ce pavillon présente des piliers supportant une construction en voûtes d'arêtes.

(2) Le chauffoir occupe une salle basse (3 m. 40), longue de 13 mètres 80, large de 90 mètres et dans laquelle sont accumulés, à certaines heures chaque jour, et quand le temps est mauvais, presque toute la journée, 100 à 125 malades épileptiques, plus ou moins violents. Il en résulte des querelles incessantes, aboutissant presque toujours à des rixes, quelquefois sanglantes.

(3) Il offre des piliers et des voûtes comme le rez-de-chaussée.

(4) Cette salle a la même disposition que la salle du rez-de-chaussée et celle du premier étage. — Lors de la réfection des peintures, notre surveillant, M. Agnus, a relevé quelques inscriptions tracées par les prisonniers : Motté 5 ans.— Laval, 20 ans, condamné à 20 ans. — Perret, 1790. — Canivet, condamné à 5 ans de fer.

3° *étage.*
- Pavillon ouest : dortoir des épileptiques, adultes validés . . . . 17 lits.
  et 2 chambres servant de dépôt d'habillement.
- Partie centrale : dortoir d'adultes valides.
- Pavillon est :" suite du dortoir précédent. ensemble . . . . 43 lits.

4° *étage.*
- Pavillon ouest : dortoir des infirmiers.
- Partie centrale : dortoir lambrissé . . . . 22 lits.
  et 2 cabinets de resserre pour les habits des malades à l'entrée.
- Pavillon est : dortoir des veilleurs.

2° Le *second bâtiment* (1) est perpendiculaire au pavillon ouest du bâtiment principal. Il lui est contigu et communique avec lui au premier étage. Le rez-de-chaussée est affecté à l'*école*, au cabinet de l'instituteur, au réfectoire des enfants. L'étage unique, élevé plus tard (1864), sert de dortoir aux enfants qui fréquentent l'école. Il renferme 55 lits.

Dans l'angle formé par ces deux bâtiments, l'Administration a construit le pavillon des *bains* (1873) (2).

3° Le *réfectoire des adultes* valides est situé au fond d'une cour-jardin où se promènent les épileptiques adultes.

Pour compléter la description de ce service, nous ajouterons qu'il existe : 1° une cour très exiguë devant l'Ecole affectée aux enfants et à l'une des extrémités de laquelle sont les cabinets d'aisances (3) ; — 2° un *gymnase* couvert et à plein champ, établis en 1853 ; c'est la seule partie du service qui soit convenable. Les enfants s'y rendent par un passage étroit prélevé sur la deuxième section des aliénés, qui se trouve ainsi coupée en deux. Sur le côté gauche de ce passage et adossés à des bâ-

(1) Il a été construit en 1851.

(2) Auparavant, dans le service, il n'y avait que deux baignoires fixes, placées dans les offices des réfectoires.

(3) Ces cabinets à la turque, au nombre de 4, sont fermés par des portes pleines dans toute leur hauteur, ce qui rend impossible toute surveillance et permet aux enfants de se livrer à l'onanisme en toute sécurité.

timents de la deuxième section se trouvent : a) le *petit pavillon* dont nous avons parlé plus haut (p. XII) qui recouvre un ancien puits ; — b) un long hangar, clos complètement avec des chassis et dont la première partie sert d'*atelier de menuiserie* et l'autre de *parloir* pour les familles des enfants (1) et désigné sous le nom de *petit parloir* (2).

Au mois d'octobre 1879, les 125 enfants étaient ainsi répartis : 50 fréquentaient l'Ecole ; — 47 allaient plus ou moins au petit parloir selon les conditions climatériques ; 28 restaient toujours à l'infirmerie.

Ecole. — Nous avons déjà donné des indications sur sa mauvaise disposition, l'insuffisance du personnel enseignant (voy. p. X) et du matériel. Les réformes radicales, nécessaires sous tous les rapports, n'étant pas pour le moment réalisables, nous nous sommes borné à augmenter les éléments d'instruction : cartes en relief de la France, cartes du département de la Seine, de Paris, du canton de Villejuif, etc., — figures géométriques, etc. L'incapacité et surtout la mauvaise volonté de l'instituteur qui s'est refusé à se servir de ces moyens d'instruction, comme il avait toujours refusé de faire usage du compendium métrique, nous ont conduit à temporiser et à concentrer nos efforts sur les enfants délaissés, c'est-à-dire sur la majorité (3).

---

(1) Ce parloir a été installé à la suite des réclamations du Conseil général relatives à la situation déplorable du réduit affecté autrefois à l'usage de parloir (Voy. p. XII).

(2) Par opposition au *grand parloir* où viennent les parents des épileptiques adultes et des aliénés de la 1re et de la 2e section : ce parloir n'est autre que l'*Ecole des enfants*. Il s'ensuit que le jeudi et le dimanche, les enfants sont éloignés de l'école toute la journée et qu'on est obligé de les parquer au gymnase. C'est là encore une nouvelle preuve que l'organisation du service est déplorable.

(3) On ne saurait croire combien est grand le désordre qui existe dans cette partie du service : il n'y a pas de local pour séparer des autres les enfants en accès et leur permettre de se reposer ; les enfants trop turbulents sont mis à la porte par l'instituteur et abandonnés sans surveillance ; ceux qui vont aux cabinets, rentrent ou vagabon-

Enfants délaissés. — Nous les avons trouvés au nombre de 75. A notre arrivée, 47 allaient au petit parloir. Mais, ce chiffre est très variable, souvent il en reste à l'infirmerie une proportion considérable, surtout dans la mauvaise saison. Qu'en fait-on là? Ils sont confiés à deux infirmiers (?) qui les gardent, les nettoient plus ou moins, les empêchent de se battre... et c'est tout. La vie commune avec ces malheureux est si pénible que les infirmiers changent encore plus fréquemment que ceux de l'Ecole. Et l'Administration, pour les 15 francs qu'elle donne mensuellement à ces hommes, n'en trouverait certes pas s'il n'y avait les pourboires que s'imposent les familles. Ces enfants, qui couchent dans ce qu'on appelle l'*infirmerie*, descendent au petit parloir le matin à 8 heures, remontent à l'infirmerie qui sert de *réfectoire*, à 10 heures; en redescendent à 11 heures 1/2, puis retournent à 3 heures pour dîner et sont couchés à 6 heures (1).

L'autre portion de ces 75 délaissés, comprenant les paralytiques et les idiots qui ne marchent pas (2), ne quittent pour ainsi dire jamais l'infirmerie. En été, quelquefois, mais bien rarement, en raison de l'insuffisance du personnel, on les descend et on les porte dans la cour du petit parloir (autrefois appelée *cour des gâteux*).

Les enfants qui composent ces deux catégories sont à

---

dent et se livrent, tout à leur aise à l'onanisme; ceux qui exigent un peu trop de patience sont relégués dans un coin de l'école et on les déclare inéducables. Les tables de l'école sont des tables de réfectoire, avec des bancs mobiles, sans dossier, l'instituteur vient à 9 heures, s'en va à 11, revient à une heure, et quitte définitivement à 3 heures du soir. En dehors de ces heures, les enfants sont confiés à des gardiens sans instruction, changeant plusieurs fois par année. Le jeudi et le dimanche, il n'y a pas d'école; les enfants restent la journée au gymnase, dans un désœuvrement complet.

(1) Lorsque le temps le permet, on redescend encore une fois les enfants les plus valides après le dîner.

(2) Quelques-uns d'entre eux se traînent par la salle, la plupart sont attachés sur une chaise percée, sans fond, revêtue d'une alèze qui laisse écouler les matières sur le carreau.

peu près tous gâteux. Leur réunion dans une même salle, qui leur sert à la fois de *dortoir* et de *réfectoire*, et qui, en outre, reçoit les enfants de toute classe, atteints de maladies aiguës, de maladies contagieuses (rougeole, croup, teignes, ophthalmies), font de ce local un *foyer d'infection* dont l'aspect et l'odeur révoltent tous ceux qui ont le courage de le visiter. « Chez nous, à Londres, nous disait un jour M. le professeur West, on ne tolèrerait pas 24 heures un état de choses aussi révoltant. »

Ce n'est pas tout. Les *cabinets d'aisance*, à la turque, sont dépourvus d'eau ; il n'y a pas de lavabos ; le plafond est formé de poutres et solives apparentes dont les intervalles servent de réceptables à toutes sortes de miasmes ; les murs sont tachés ; le sol de la salle est pavé, humide par suite des lavages que l'on opère tous les jours. Et, comme ces lavages sont imparfaits, faute d'eau, il reste une couche gluante et infecte. Le séjour permanent de 25 à 30 enfants gâteux et d'enfants ayant des affections graves rendent l'aération et la ventilation difficiles en hiver, ce qui accroît encore l'horreur de la situation.

Notre intention, dès le début, était d'essayer, dans la mesure de nos forces, d'y porter remède. La tâche était difficile et assurément nous n'aurions pas été plus heureux que notre maître M. Delasiauve, que nos prédécesseurs MM. A. Voisin et J. Falret, si nous n'avions été assuré d'avoir l'appui du Conseil général et du Conseil municipal que nous avions éclairés.

Quelques jours après notre prise de possession du service, nous avons demandé à l'Administration de remplacer l'un des deux infirmiers chargés de la garde des *enfants dégradés*, par *deux infirmières*, choisies parmi les élèves les plus instruites de l'*Ecole des infirmières* de Bicêtre. Nous éprouvâmes une résistance singulière : on ne concevait pas au Chef-lieu qu'on pût avoir une semblable idée. Nous insistâmes : on nous prévint alors que l'infirmier serait remplacé par deux

infirmières qui devraient avoir au moins une quarantaine d'années. La concession qu'on nous faisait était insuffisante. Nous voulions un personnel instruit, jeune, et partant malléable, dont nous pourrions faire l'instruction et qui deviendrait capable de rendre pendant longtemps des services à l'Administration. Après de nouveaux pourparlers, nous obtînmes gain de cause et l'Administration consentit à mettre à notre disposition Mesdemoiselles Agnus, filles du surveillant de la section. Elles entrèrent en fonctions le 11 novembre 1879.

Il fallait faire leur instruction; leur indiquer par le menu les procédés d'enseignement à mettre à contribution. Dans ce but, nous mîmes entre leurs mains le livre si remarquable de Seguin, *Traitement moral, hygiène et éducation des idiots,* etc., le Manuel de Delon sur les *Exercices et travaux pour les enfants,* selon la méthode de Pestallozzi et de Frœbel; une boîte pour leçons de choses; des tableaux représentant des animaux, des métiers, etc... Plus tard, nous fîmes fabriquer à Bicêtre des boîtes à compartiments renfermant des fruits, des graines, des légumes, etc., etc. Avec le modeste crédit voté par le Conseil général, on acheta des bouliers, des cartons-alphabets, ayant des lettres aussi grosses que possible, un cadran horaire, des jouets divers (tonneau, quilles, ballons, billes, toupies, raquettes, etc.).

Exercices de gymnastique. — On sait combien la *main des idiots* est inerte, maladroite; combien leurs mouvements sont défectueux. Il était donc indispensable de songer à l'*enseignement de la gymnastique.* Mais, à quel système recourir ? Les exercices du grand gymnase de la section dépassaient les aptitudes de cette classe d'enfants. Précisément, à cette époque, nous fîmes la connaissance de M. Pichery, inventeur du système connu sous le nom de *gymnastique de l'opposant* et qui désirait son introduction dans les écoles municipales.

Ce système, qui n'exige que des échelles en corde et des tubes à ressort, et permet de mettre en jeu successivement et sans danger tous les muscles du corps, nous parut devoir être accepté, sinon définitivement, au moins à titre d'essai. Nous pensions y trouver le moyen d'exercer la main des idiots, de corriger leurs mouvements désordonnés, de développer et régulariser le sens du toucher.

Les appareils en question furent installés dans l'ancien petit parloir, situé au-dessus du puits, dont le plancher fut recouvert d'un large paillasson. M. Pichery se mit généreusement à notre disposition, fit l'instruction de Mesdemoiselles Agnus qui, aussitôt, donnèrent des leçons aux enfants divisés en séries. Elles commencèrent par sept enfants et, à la fin de 1880, 35 sur 66 avaient profité, dans des proportions variables, de cet enseignement (1).

Réfectoire — Nous avons dit précédemment que les enfants dégradés remontaient à l'infirmerie pour déjeuner, puis redescendaient au petit parloir jusqu'à l'heure du dîner (3 h.), en descendaient de nouveau sauf les plus inertes, jusqu'à la nuit et nous avons signalé les inconvénients d'une pratique aussi regrettable. Au mois de novembre 1879, M. le directeur de Bicêtre mit à notre disposition un réfectoire à l'usage des infirmiers, qui, depuis quelque temps, était inoccupé. Bien que distant d'environ 200 mètres du petit parloir, nous l'avons accepté avec empressement. De cette façon, l'infirmerie était assainie et les enfants en traitement étaient astreints à des exercices de marche pour aller prendre leurs repas.

Là, ont commencé de nouveaux exercices. Les enfants ont été divisés par catégories, et on s'est mis à leur

(1) Dans le courant de l'année, après avoir fait constater par M. Ch. Quentin et par M. Ventujol, directeur de Bicêtre, les résultats acquis, nous avons obtenu que M. Pichery reçût le paiement des appareils qu'il nous avait d'abord prêtés.

montrer à se servir de la cuiller, de la fourchette, du couteau, en un mot on a essayé de leur apprendre à manger proprement. A partir du jour de l'installation jusqu'à la fin de 1880, ce genre d'éducation a été fait avec la plus grande régularité, et, de ce côté encore, nous avons pu enregistrer de véritables succès (18 enfants ont appris à se servir de la cuiller et de la fourchette, et 22 de la cuiller.)

Traitement du gâtisme. — A notre demande et sur les indications fournies par nous, l'Administration de l'Assistance publique a fait étudier par M. Gallois, architecte de Bicêtre, et soumis au Conseil municipal un projet relatif à l'installation des appareils nécessaires pour le traitement du gâtisme. Ce projet, sur lequel le Conseil a émis un avis favorable dans sa séance du 18 mai 1880 (1), avait pour but d'installer dans une partie inoccupée des ateliers de menuiserie contigus au nouveau *petit parloir*, un système d'*appareils d'aisances* consistant en un siège en bois, à dessus mobile et percé de sept trous ou lunettes. Sous ce siège, une auge en ciment, à double pente, amène les matières et les liquides en un point central, muni d'une soupape qu'on ouvre et ferme à volonté extérieurement, à l'aide d'un levier. Comme une abondante provision d'eau est indispensable, une conduite d'eau dessert cette auge qui peut être remplie et lavée chaque fois qu'il le faut. Les matières et les liquides sont amenés dans une fosse fixe, établie au-dessous du siège. Le trop plein des liquides est dirigé de cette fosse à l'égout, au moyen d'un tuyau Doulton, ce qui dispense de recourir aux allèges, qui sont coûteuses et offrent de graves inconvénients sous le rapport de la salubrité.

Une baignoire, un bain de siège, et trois bidets, ali-

(1) Bourneville. — *Rapports sur des travaux de construction et de grosses réparations dans divers établissements de l'Assistance publique.*

mentés d'eau froide et d'eau chaude à volonté, sont disposés à côté des sièges. Enfin, un lavabo comprenant sept cuvettes à bascule se déversant dans un réservoir en zinc, complète ce système. Tous ces appareils sont rattachés à l'égout par un tuyau Doulton. Le sol a été fait en ciment. Enfin, on a disposé une *armoire*, à claire-voie, pour l'étendage des serviettes et pourvue de tiroirs destinés à recevoir les brosses et les peignes (1).

Les travaux commencés le 26 mai ont été entièrement terminés le 10 août, grâce à l'activité déployée par M. Gallois et son aide, M. Bussy, inspecteur du service d'architecture à Bicêtre, et ce service a fonctionné sans discontinuer depuis le 12 août.

Voici comment on procède : quatre fois par jour, les *enfants gâteux* sont mis par séries de sept sur les sièges d'aisances, puis lavés, soit avec les bidets, soit avec le bain de siège ou la baignoire s'ils se sont trop souillés.

Ainsi, d'une part, les enfants sont habitués à se tenir propres, ce qui diminue les frais de blanchissage et rend les soins à donner à ces malheureux moins répugnants, et, d'autre part, on leur apprend à se laver la figure et les mains, à se peigner, se brosser, cirer leurs souliers, etc.. Il va de soi que nous avons voulu que chaque enfant eut sa serviette. Du jour de l'ouverture de ce service au 31 décembre, 16 enfants gâteux ont été rendus propres (2).

Photographies, moulages. — A la fin de 1879, nous avons demandé au Conseil municipal un crédit pour le Musée de la Salpêtrière et de Bicêtre, estimant qu'il était préférable de réunir toutes les pièces relatives aux maladies des vieillards et aux maladies chroniques du système nerveux dans un Musée unique à la Salpêtrière, plus à proximité des médecins et des étudiants. Les ins-

---

(1) La dépense a été de 9,696 francs.

(2) De plus, nous tenons à ce que l'on apprenne aux enfants à nettoyer les robinets, à cirer les sièges d'aisance, à balayer, etc.

tallations que nous avions obtenues antérieurement, soit du Conseil municipal, soit de l'Assistance publique (1), nous semblaient rendre possible l'exécution par une seule personne de tous les moulages et de toutes les photographies (2) intéressantes que peuvent réclamer les médecins des deux grands hospices de vieillards et d'aliénés. Il va de soi, aussi, que le crédit n'étant pas partagé, l'artiste chargé de ces travaux est mieux rémunéré.

En ce qui concerne le service des épileptiques et des enfants, nous désirions deux choses : 1° avoir la photographie de tous les enfants idiots présents, de tous les malades entrants, adultes et enfants ; 2° le moulage des cas intéressants, ou de quelques malformations. Nous voulions, en un mot, faire d'une façon régulière, méthodique, ce que nous n'avons pu faire qu'incomplètement depuis 12 ans, malgré tous nos efforts.

Le but que nous poursuivons en faisant photographier les idiots et les imbéciles, à leur arrivée dans le service, et en reprenant chaque année leur photographie, c'est de mettre en relief, et d'une manière indiscutable, les progrès réalisés par le traitement, par l'éducation. Nous avons fait faire, à la Salpêtrière, par M. Loreau, en 1880, la photographie de 5 adultes et de 90 enfants. L'an prochain, nous espérons pouvoir donner quelques renseignements sur cette application de la photographie à la pathologie du système nerveux.

A côté de ces améliorations d'ordre capital, nous avons été assez heureux pour en faire réaliser d'autres d'un ordre secondaire. Nous allons les indiquer sommairement pour chacune des catégories de malades.

---

(1) Installation du *Musée* et du *laboratoire de photographie*.

(2) Avec le concours de notre ami, M. Regnard, il nous a été possible de publier trois volumes de l'*Iconographie photographique* de la Salpêtrière, contenant 120 photographies et d'avoir la photographie d'un grand nombre de malades. Il y a de cela déjà trois ou quatre ans ; si l'on photographiait actuellement certaines de ces malades, on mettrait en évidence les modifications que l'épilepsie, par exemple, a pu déterminer chez elles durant ce laps de temps.

A. *Epileptiques* (adultes). Augmentation de la quantité de vin accordée aux malades et portée de 14 à 20 centilitres pour les adultes, de 8 à 14 centilitres pour les enfants (1).

Les épileptiques, déments, paralytiques ou gâteux, séjournent ou à l'infirmerie (2) ou dans le *chauffoir* (voir page XIV). Nous avons organisé, pour ces malades, quelques promenades, soit dans le *marais* (vaste jardin maraicher dépendant de l'hospice), soit dans les cours de la maison. Ces promenades, excellentes à tous égards, devraient avoir lieu chaque fois que le temps le permet.

Jusqu'alors, il n'était accordé de *permissions de sortie* avec découcher qu'aux épileptiques simples, réputés non aliénés, nous avons obtenu que la même faveur fut accordée aux épileptiques aliénés.

Les *épileptiques adultes* ont reçu 2767 *visites* ; les *enfants* 3186 et souvent les uns et les autres ont été visités à la fois par plusieurs personnes, de telle sorte que le nombre des visiteurs, en 1880, a été de 8141.

540 épileptiques adultes et enfants aliénés et 440 épileptiques adultes et enfants, réputés non aliénés, sont sortis en permission tantôt d'un jour (de 7 heures à 9 heures du soir), tantôt de deux jours.

Les *idiots* et *imbéciles* qui, en raison de leur âge (18 ans), passent de la section des enfants (1) dans la première ou la deuxième section des aliénés, n'avaient plus droit de sortir au dehors, avec leurs parents. De là des plaintes. Nous avons fait connaître cette situation

(1) Cette mesure a été prise conformément à un vœu du Conseil général (Bourneville, *Rapport sur le service des aliénés*, 2 déc. 1879, p. 51) et au vote du Conseil municipal (Bourneville, *Rapp. sur le budget de l'Assistance publique, pour* 1880 ; déc. 1879, p. 21).

(2) Non seulement ils y couchent, mais encore ils y mangent, ce qui est absolument déplorable sous le rapport de l'hygiène et très préjudiciable aux malades atteints d'affections aiguës. Pas plus que pour les enfants, il n'y a de chambre d'isolement pour les maladies contagieuses, ni de cellules pour les agités.

(3) En vertu des règlements administratifs, les idiots et imbéciles du service, qui ont atteint l'âge de 18 ans, doivent passer dans les sections des aliénés. On s'est basé, administrativement, sur l'âge et non sur la

désavantageuse et non motivée à M. le Directeur de l'Assistance publique qui a donné des ordres afin que cette catégorie de malades conservât son droit de sortie.

A la suite d'un échange de lettres avec M. le Directeur de l'Assistance publique et la Préfecture de police, nous sommes arrivé (22 octobre 1880) à être autorisé à accorder aux malades des *congés* d'une ou deux semaines, qui ont l'avantage de nous fournir un élément sérieux d'appréciation, au point de vue de la guérison ou de l'amélioration des malades et qui, pour quelques enfants, nous procurent un moyen d'action très-puissant.

Les *visites* reçues par les malades, qui communiquent en toute liberté avec leurs parents, les *sorties* ou *permissions*, les *congés temporaires*, les *promenades* que nous avons instituées ou multipliées, tendent toutes au même but : améliorer la situation du malade, lui accorder toute la somme de liberté compatible avec son état mental et la sécurité publique ; rapprocher le plus possible l'asile d'aliénés de l'hôpital. Ajoutons, enfin, que ces communications des malades avec l'extérieur, rendues de plus en plus fréquentes, sont une garantie sérieuse au point de vue de la liberté individuelle et qu'elles démontrent à tout homme sensé, d'une manière éclatante, la sottise des gens qui qualifient les asiles d'aliénés de la Seine de *bastilles modernes*. Les faits que nous venons de citer mettent hors de doute la mauvaise foi des uns et l'ignorance des autres.

B. *Enfants épileptiques, hystéro-épileptiques, arriérés et idiots non gâteux.* — Les lavabos, obtenus avec tant de peine par M. Delasiauve (1864), composés de deux auges en zinc disposées le long des murs de la

---

condition physiologique des malades; en effet, il est des malades qui, à 18 ans, où même davantage ont encore l'aspect d'enfants. C'est à cause de cela, et par une omission tacite de l'Administration, que quelques-uns restent dans notre service. Quant à ceux qui, à 18 ans, ont la taille et le développement génital correspondants, il est à regretter qu'on ne s'en occupe plus.

petite salle voûtée du rez-de-chaussée, avec deux tuyaux munis de robinets fournissant un misérable jet, étaient très malpropre ; nous avons réclamé leur remplacement par des lavabos un peu plus modernes, et, en attendant, nous avons fait procéder à un nettoyage sérieux. Les graves inconvénients de ce lavage dans une eau commune étaient encore aggravés par la façon dont se faisait l'essuyage : *tous les enfants s'essuyaient* DANS LA MÊME ALÈZE ! Et comme beaucoup d'entre eux ont des maladies des yeux, il arrivait très souvent qu'elles se propageaient à un nombre considérable d'enfants. Dès la fin d'octobre, nous faisions donner une compresse à chaque enfant et nous demandions des serviettes (1).

Promenades, distractions. — Nous avons rendu plus fréquentes les promenades des enfants au dehors. Il y en a eu 15 aux environs de l'hospice, et, de plus, nous les avons envoyés au Jardin des plantes, au Jardin d'acclimatation, au Bois de Boulogne, à Robinson, à la fête de la place du Trône, et 26 sont allés au concours de gymnastique de Courbevoie (25 juillet), où ils ont obtenu deux médailles, l'une en vermeil, l'autre en argent.

Il y a eu, dans l'année, un certain nombre d'exercices de lanterne magique faits par M. Agnus (2).

C. *Idiots qui ne peuvent marcher et restent constamment à l'infirmerie.* — Un certain nombre de ces enfants ont été exercés à la *marche* : tantôt avec le concours du personnel du service, tantôt avec celui des enfants les plus raisonnables de l'école ; pour d'autres, capables de se tenir sur leurs jambes, nous avons eu recours au *charriot*. Enfin, dans le but d'apprendre aux plus infirmes à se tenir debout, nous avons fait établir deux *barres parrallèles* maintenues par des supports verticaux percés de trous qui permettent d'élever ou

(1) Elles ont été fournies en 1880.
(2) On a acheté 22 nouveaux tableaux pour la Lanterne magique.

d'abaisser les barres, et par des traverses également percées de trous, qui consolident l'appareil et donnent le moyen d'écarter ou de rapprocher les barres parallèles.

Améliorations diverses. — a) Nous avons introduit les *manchons*, afin de réduire le plus possible l'emploi de la camisole (1).

b) Tous les malades admis depuis un an ont été *revaccinés* (2); ils étaient au nombre de 81 (21 adultes et 60 enfants).

c) Quelques travaux ont été faits pour remédier à la malpropreté du service : l'Administration a fait procéder à la réfection des peintures du bureau du surveillant, de la bibliothèque des malades, du dortoir des veilleurs, de la 4e salle des épileptiques adultes valides, des deux dortoirs des enfants valides. Enfin, tous les lits de ces mêmes salles ont été repeints.

D. *Médecin dentiste.*—Tous les médecins savent dans quel triste état est la bouche des enfants idiots, en même temps si souvent scrofuleux. Nous avons signalé à M. Michel Möring l'utilité d'un médecin dentiste qui pourrait être à la fois chargé du service des enfants de Bicêtre et de la Salpêtrière. Nous devons dire qu'il s'est empressé de nous donner satisfaction et c'est avec plaisir que nous l'avons vu charger de ce service un de nos amis, M. le docteur Cruet, ancien interne des hôpitaux de Paris (mars 1880). La visite a lieu deux fois par mois; les soins donnés avec régularité ont produit les meilleurs effets.

Personnel servant; petite école. — Nous avons vu

(1) C'est tout à fait exceptionnellement que nous avons recours à ce moyen; cependant, nous sommes obligé de nous en servir, dans certains cas, *car la section ne possède pas une seule cellule d'isolement.*

(2) En 1878, à la suite de l'apparition de quelques cas de variole à Bicêtre, il avait été procédé à la revaccination de tous les aliénés.



que le Conseil général vote chaque année un crédit de 4,000 fr., dont une partie est destinée à encourager le personnel du service des épileptiques et des enfants. Malgré ces gratifications, les infirmiers ont souvent changé : le chiffre régulier des infirmiers de 1re et de 2e classes est de 22 ; eh bien ! il y a eu 26 mutations (1). Le personnel des infirmières n'a pas changé. Dans des services comme celui des aliénés, et plus encore peut-être des épileptiques et des enfants, il est nécessaire de conserver les mêmes agents, de les augmenter sur place, au moins jusqu'au grade de sous-surveillant, au lieu de les faire passer dans d'autres services chaque fois qu'on leur donne une minime augmentation (2). Car, si l'on veut éviter les querelles, les rixes, les violences de toute nature qui se produisent dans ces services, il faut que le personnel servant soit bien au courant du caractère, des habitudes des malades ; connaisse les points abordables, en profite pour arrêter le désordre dès le début. Pour les enfants, ce maintien du même personnel est encore plus nécessaire ; il faut que l'infirmier connaisse leurs défauts, leurs vices, afin de se rendre compte du genre de surveillance qu'il doit exercer.

En ce qui concerne le petit parloir — ou mieux la *petite école*, — nous avons dit qu'elle avait été confiée à Mlles Blanche et Joséphine Agnus et à un infirmier, ou plutôt un gardien. Elles sont entrées à 20 fr. par mois. Le dévouement dont elles n'ont pas cessé un instant de faire preuve envers les enfants idiots gâteux ; les résultats très remarquables qui ont été enregistrés et que nous ferons connaitre dans le Compte rendu de l'année 1881, nous faisaient un devoir d'améliorer leur situation. Mlle B. Agnus d'abord (juillet 1880), puis

(1) Parmi les *mutations*, signalons : 3 pour ivresse, 1 pour paresse, 1 pour brutalité, etc.

(2) C'est en vertu de cette réglementation bureaucratique, qui ne tient aucun compte des faits, que l'Administration nous a enlevé le meilleur infirmier que nous avions et qui était à l'infirmerie des adultes.

Mlle J. Agnus (27 octobre 1880), ont été nommées infirmières de 1re classe (27 fr. 50). Nous avons le regret de dire que nous n'avons obtenu ces promotions qu'avec peine, le *cadre administratif* ne comportant pas ces promotions sur place.

Nous désirions assurer à nos zélées collaboratrices un nouvel avancement pour 1881 ; nous pressentîmes l'Administration à ce sujet, et, comme on faisait toujours valoir la nécessité de se conformer au cadre, et qu'on ne s'engageait à rien, nous avons porté la question devant le Conseil municipal et nous en avons obtenu le vote d'un crédit nécessaire pour nommer l'une d'elles sous-surveillante, l'autre suppléante et pour la création d'une place d'infirmière.

Service balnéo-hydrothérapique.—Il a été construit, en 1873, dans l'angle formé par le bâtiment principal du service et le bâtiment de l'Ecole. C'est une construction très simple, à rez-de-chaussée seulement, éclairée sur deux côtés et par le toit. Elle contient huit baignoires émaillées (6 grandes et 2 petites); un bain de siège et deux appareils, l'un pour douche en pluie, et l'autre pour douche en jet. Ces appareils sont fort mal disposée; en effet, le doucheur n'est maître que de la douche en jet, un peu trop rapprochée de la douche en pluie; celle-ci est commandée par un arrêt qui est placé devant le malade, très loin du doucheur, ce qui exige une deuxième personne pour l'administration des douches. La faute qui a été commise, ici, démontre une fois de plus la nécessité pour l'Administration de consulter les médecins et d'inviter ses ingénieurs à s'enquérir des progrès réalisés dans chacune des branches de leur service (1).

Le couvercle de cuivre qui servait à maintenir les malades agités dans les baignoires a été remplacé par

(1) Notons l'absence de *bains de pieds* qui se donnent plus ou moins dans des seaux.

une toile qui, tout en s'opposant aussi bien à la sortie du malade, a un aspect moins barbare.

Nous avons reçu deux appareils spéciaux, destinés à maintenir convenablement les tout jeunes enfants dans leurs baignoires et à empêcher qu'ils ne glissent au fond de la baignoire (1).

Malgré l'insuffisance des baignoires, nous avons fait augmenter, dans la mesure du possible, le nombre des bains donnés chaque jour; et, à partir de mars, nous avons mis très largement à contribution le service hydrothérapique. On peut en juger par le tableau suivant (2) :

1880	Douches	Bains
Janvier	»	184
Février	»	530
Mars	14	698
Avril	95	592
Mai	220	461
Juin	503	577
Juillet	670	254
Août	1365	614
Septembre	1578	745
Octobre	1577	749
Novembre	953	698
Décembre	574	716
Totaux	1549	6418

Nous donnerons plus tard un exposé des résultats, souvent très avantageux, que nous devons à l'hydrothérapie.

MOUVEMENT DE LA POPULATION

1879.

Le 8 octobre 1879, le service se composait de 268 malades; 143 adultes et 125 enfants. Voici quels sont les

(1) Ces appareils existent depuis longtemps à l'hôpital Trousseau.

(2) On a dû suspendre le service plusieurs fois : changement de chaudière; — réfection du sol; — *manque d'eau*.

changements qui sont survenus, avec leurs causes, jusqu'à la fin de l'année.

MOIS.	SORTIES.	DÉCÈS.	TRANSFERTS.	ENTRÉES
Octobre	2	4	16	3
Novembre . . .	2	1	»	11
Décembre . . .	1	3	»	9
Totaux . . .	5	8	16	23

Sorties. — 1° Alavoi..., 10 ans, épilepsie, imbécillité : sorti en permission le 9 octobre, n'est pas rentré et a été défalqué.

2° Sass..., 17 ans, a été rendu à sa famille parce qu'il n'avait plus d'accès depuis 22 mois.

3° Jacque..., 7 ans, idiotie; entré le 1er novembre, repris par ses parents le 16 du même mois.

4° Pingar..., 6 ans, idiotie et épilepsie; réclamé par ses parents (1).

5° Braba..., 15 ans, épilepsie; débilité mentale; mauvais instincts. Réclamé par sa famille parce qu'il n'a eu qu'un accès en 6 semaines.

Décès. — Voici la liste des décès avec leurs causes :

NOMS.	AGES.	MALADIES.	CAUSES DE LA MORT.
Nef..	55 ans.	Epilepsie. Démence.	Affaiblissement progressif.
Webe..	16 ans.	Idiotie.	Pleurésie purulente.
Rosenmey	10 ans.	Epilepsie. Débilité mentale.	Tuberculose pulmonaire.
Caillav..	21 ans.	Epilepsie. Idiotie.	Pleurésie diaphragmatique.
Roug..	13 ans.	Epilepsie.	Etat de mal.
Paye..	6 ans 1/2.	Epilepsie. Idiotie.	Mort dans un accès.
Lama...	14 ans.	Epilepsie. Idiotie.	Etat de mal épileptique.
Moë... (2)	10 ans.	Idiotie profonde. Atrophie cérébrale.	Affaibl. progressif. Emphysème sous-cutané.

(1) Cet enfant est rentré le 29 décembre 1879.

(2) Observation publiée dans les *Archives de Neurologie*, t. I, p. 392.

Transferts.— Le 13 octobre, 16 enfants, désignés par mon prédécesseur M. J. Falret, ont été transférés à l'asile de Pont-l'Abbé (Manche), par suite de l'encombrement qui existait dans le service.

Entrées. — Elles comprennent: 20 enfants et 3 adultes. Ces derniers sont tous épileptiques. Quant aux enfants, ils se répartissent ainsi : 2 épileptiques ; 7 épileptiques et idiots ; 11 idiots.

1880.

Le 1er janvier, on comptait dans la section 144 adultes et 118 enfants. Le tableau ci-dessous résume le *mouvement de la population* en 1880.

MOIS.	SORTIES.		DÉCÈS.		TRANSFERTS.		ENTRÉES.	
	Adultes.	Enfants.	Adultes.	Enfants.	Adultes.	Enfants.	Adultes.	Enfants.
Janvier.	2	»	»	3	»	»	4	2
Février.	2	1	1	»	»	»	»	1
Mars.	»	1	1	1	»	»	»	3
Avril.	»	»	4	»	»	1	2	7
Mai.	1	»	3	»	»	»	3	7
Juin	»	3	1	»	»	1	1	3
Juillet	2	1	1	2	1	1	3	2
Août.	»	»	1	1	»	1	2	7
Septembre . . .	1	3	»	3	»	»	»	5
Octobre.	»	3	»	1	»	1 [1]	2	6
Novembre . . .	3 [3]	»	»	3	»	1 [2]	2	5
Décembre . . .	»	3 [4]	»	3	»	»	7	4
Totaux. . .	11	15	12	17	1	6	26 [5]	52 [6]
	26		29		7		78	

(1) Morin, devenu adulte, passé à la 2e section.
(2) Gauvin. devenu adulte, passé à la 1re section.
(3) Bohatier, Langlet et Wade passés aux vieillards.
(4) L'un deux, Lucro..., a été renvoyé aux Enfants-Assistés,
(5) Comprenant 12 épileptiques dits aliénés et 14 dits non aliénés.
(6) 43 enfants épileptiques, imbéciles, idiots, réputés aliénés et 9 réputés non aliénés.

Sorties. — a) *Adultes* : 12, dont trois passés dans les divisions des vieillards ; 1 transféré (Auge.) ; 8 sortis librement.

b) *Enfants.* — 21 : 4 transférés ; 1 envoyé aux enfants assistés ; 2 devenus adultes et passés dans les services d'aliénés ; 14 rendus aux parents.

NOMS.	AGES.	PROFESSIONS.	MALADIES.	CAUSES DE LA SORTIE.
Couder....	16 ans.	Appr. serrurier.	Manie.	Guérison.
Simonno...	18 ans.	App. cordonnier.	Hystéro-épilepsie.	Réclamé par sa famille pour être envoyé à la campagne.
Duva.....	16 ans.	Polisseur.	Epilepsie traumatique.	Amélioration (3 mois sans accès), rendu à sa famille.
Lam... (1).	14 ans.	App. cartonnier.	Hystéro-épilepsie.	Guérison.
Peduz.....	12 ans.	Fumiste.	Epilepsie.	Rendu à son frère pour cause de transfert. Amélioration.
Norin.....	18 ans 1/2	Sans.	Idiotie. Accès de mutisme.	Passé à la 2ᵉ section.
Gauvi.....	18 ans.	Sans.	Idiotie.	Passé à la 1ʳᵉ section.
Bohati....	51 ans.	Tailleur.	Epilepsie. Débilité mentale.	Guérison de l'épilepsie. Passé aux vieillards.
Langle.....	47 ans.	?	Epilepsie.	Cessation des accès. Passé aux vieillards.
Wad.....	28 ans.	?	Imbécillité. Surdité.	Passé aux vieillards.
Munhove...	17 ans.	Ebéniste.	Epilepsie idiopatique.	Rendu à sa mère pour menace de transfert.
Finc.....	15 ans.	Sans.	Cécité congénitale. Débilité mentale. Perversité des instincts.	Amélioration très notable.
Lucro.....	13 ans.	(Enfant-Assisté.)	Epilepsie.	Guérison. Pas d'accès depuis 8 mois.

(1) Observation publiée dans le *Progrès* et plus loin, p. 30.

NOMS.	AGES.	PROFESSIONS.	MALADIES.	CAUSES DE LA SORTIE.	PARTICULARITÉS.
Enge... . . .	21 ans.	Palfrenier.	Epilepsie.	Diminution des accès.	
Rigon... . . .	21 ans.	App. cordonnier.	Epilepsie.	Réclamé par sa famille.	
Circoulo... .	42 ans	Porteur aux Halles.	Alcoolisme chronique. Pas d'accès à l'asile.	Amélioration considérable.	
Meisc... . . .	13 ans.	Sans.	Epilepsie idiopathique.	Réclamé par sa mère.	Fracture du coude en jouant (Thèse Séglas).
Cornièr... . .	24 ans.	Relieur.	Epilepsie.	Amélioration. (6 accès en 1879).	
Wei...	11 ans.	Sans.	Idiotie avec épilepsie. Hémiplégie gauche.	Réclamé par sa famille pour cause de transfert.	
Kurt... . . .	12 ans.	Sans.	Epilepsie. Imbécillité.	Transféré à l'asile de Clermont.	Ankylose du genou gauche. Rachitisme.
Lan	7 ans.	Sans.	Epilepsie. Débilité mentale consécutive.	Transféré à l'asile de Châlons-sur-Marne.	
Perri... . . .	18 ans.	Multiples.	Imbécillité. Instabilité mentale. Epilepsie présumée.	Gardé par sa famille étant en permission.	Alcoolisme. Condamné pour vol.
Beauje... . .	17 ans.	Sans.	Epilepsie idiopathique. Manie.	Amélioration notable. Repris par sa famille pr cause de transfert. (Parents à Paris depuis 12 ans).	Erysipèle de la face (voir thèse Séglas).
Auger	19 ans.	Batteur d'or.	Epilepsie. Stupidité. Idées de persécution.	Transféré à Clermont. Amélioration.	
Pechin	14 ans.	Sans.	Epilepsie.	Transféré à Clermont.	
Tournou . . .	40 ans.	Employé de commerce.	Epilepsie présumée mais non constatée.	Sorti comme n'ayant pas d'accès au bout de 7 mois.	
Rolina... . .	14 ans.	App. menuisier.	Epilepsie. Débilité mentale.	Pas d'accès pendant 14 mois de séjour.	
Dassonvil... .	45 ans.	Employé.	Alcoolisme. Congestion céphalique légère. Vertiges.	Sorti n'ayant pas d'accès constatés (2 mois).	
Abar... . . .	17 ans.	App. menuisier.	Instabilité mentale. Imbécillité.	Transféré à Châlons-sur-Marne.	Délire impulsif. Idées d'homicide.
Salomon . . .	14 ans.	Sans.	Excitation maniaque.	Hydrothérapie. Guérison.	
Agaës... . . .	12 ans.	Sans.	Epilepsie.	Réclamé par sa famille.	

Relevons brièvement quelques-unes des indications fournies par ces deux derniers tableaux. C'est, en premier lieu, la guérison de deux enfants atteints de *manie*, ce qui montre que la folie proprement dite, dans sa forme la plus accusée, n'épargne pas l'enfance (1).

En second lieu, on voit que nous avons renvoyé un certain nombre de malades qui n'avaient plus d'accès d'épilepsie depuis un temps plus ou moins long. On ne peut s'appuyer, pour ces sorties, sur une durée précise ; on est obligé de tenir compte de diverses conditions : l'âge du malade, son aptitude au travail, l'état de ses facultés intellectuelles, la situation de famille, etc.

A partir du jour où les congés ont été autorisés, au lieu de signer le *certificat de sortie*, nous accordions au malade un *congé de convalescence*, à l'expiration duquel l'*exeat* était donné s'il n'y avait pas eu d'accidents. Dans le cas contraire, le malade était réintégré dans le service, sans être astreint à aucune des démarches exigées d'habitude.

Décès. — 17 enfants : 12 adultes. Le tableau suivant fournit les principales indications.

---

(1) Ce sujet a été l'objet d'une thèse intéressante de la part de M. le Dr Le Paulmier, élève de M. Delasiauve.

NOMS.	AGES.	PROFESSIONS.	MALADIES.
Blazer	7 ans.	Sans.	Idiotie.
Bourneux.	5 ans.	Sans.	Idiotie. Maladie bleue.
Charles.	11 ans.	Sans.	Epilepsie. Idiotie.
Charbonn... . . .	17 ans.	Sans.	Epilepsie traumatique. Démence progressive.
Choner.	39 ans.	Graveur sur bois.	Epilepsie. Débilité mentale, suite de fièvre typhoïde.
De Marco.	17 ans.	Sans.	Epilepsie (frayeur); débilité mentale consécutive. Démence.
Denesle.	71 ans.	Employé de commerce.	Epilepsie. Alcoolisme.
Destou....	51 ans.	Apprenti prêtre.	Epilepsie.
Espinosa..	11 ans.	Sans.	Epilepsie.
Feret.	14 ans.	Sans.	Epilepsie.
Fégené.	3 ans.	Sans.	Idiotie.
Guyot.	4 ans.	Sans.	Idiotie. Epilepsie.
Lemaistre.	8 ans.		Epilepsie. Débilité mentale consécutive.
Léclus..	34 ans.	Musicien.	Hystéro-épilepsie. Epilepsie.
Moyse	20 ans.	?	Epilepsie.
Mollet.	4 ans.	Sans.	Idiotie. Epilepsie.
Neret.	14 ans.	Sans.	Idiotie. Violences passagères.
Naire.	28 ans.	?	Epilepsie idiopathique.
Pingar...	6 ans.	Sans.	Idiotie. Epilepsie.
Passemar... . . .	15 ans.	Sans.	Idiotie. Epilepsie.
Plivar...	55 ans.	Charretier.	Epilepsie.
Ponceli...	57 ans.	Terrassier.	Epilepsie.
Rigary-Merte... .	42 ans.	Bijoutier.	Epilepsie.
Trich...	4 ans.	Sans.	Idiotie.

CAUSES DU DÉCÈS.	PARTICULARITÉS.
Pneumonie.	Méningo-Encéphalite chronique.
Pneumonie.	Sclérose tubéreuse (*Archives de neurologie* t. I. n° 3 et *Progrès Médical*, 1880.)
Congestion pulmonaire généralisée. Etat de mal.	
Fracture bi-malléolaire. Suppuration et gangrène du foyer. Accidents généraux graves. Parotidite suppurée.	Tumeur d'apparence gélatineuse et remplie de liquide, paraissant constituée par un épaississement des méninges à la partie inférieure de l'hémisphère gauche (niveau de la fente de Bichat) communiquant avec le prolongement sphénoidal du ventricule latéral. (Thèse Séglas).
Affaiblissement progressif. Nombreux accès.	1064 dans les 7 derniers mois. Adhérenses généralisées de la pie-mère.
Affaiblissement progressif.	Cécité de l'œil droit. Piqueté hémorrhagique de l'encéphale.
Pneumonie droite.	(Thèse Séglas).
Fréquence des accès. Cachexie, Eschares.	
Série d'accès. Coma.	Congestion méningée. Congestion cérébrale.
Stomatite ulcéro-membraneuse.	Elargissement de la portion postérieure du crâne. Rapprochement des fosses frontales. Quantité considérable de liq. céph. rach.
Pleurésie purulente gauche.	
Tuberculose pulmonaire.	
Etat de mal.	Méningo-encéphalite chronique partielle. Tournoiement.
Etat de mal.	Méningo-encéphalite partielle. Congestion méningitique.
?	
Pneumonie.	Hépatisation grise. Phthisie.
Affaiblissement progressif.	Lésions de broncho-pneumonie aux bases. Epaississement de la dure-mère et dépôt gélatineux. Méningite chronique.
Erysipèle ambulant. Début à la face, étendu progressivement jusqu'aux cuisses.	Lésions de l'œdème de la glotte, rougeur des bronches.
Broncho-pneumonie.	Quelques adhérences de la pie-mère.
Etat de mal.	Hémiplégie droite ; pied-bot ; décortication du cerveau difficile. Hémisphère gauche plus petit que le droit. Anomalie de quelques circonvolutions. Asymétrie de la cavité crânienne.
?	
Erysipèle traumatique. Parotidite consécutive. Mort.	Athérome des artères cérébrales. Méningite chronique en foyers.
?	
Affaiblissement. Cachexie progressive.	Cécité.

Le 31 décembre 1880, il restait dans le service 278 malades ainsi répartis :

72 épileptiques adultes aliénés.
80 épileptiques non aliénés.
57 épileptiques enfants aliénés.
24 épileptiques non aliénés.
45 idiots épileptiques aliénés.

*
* *

La seconde partie de ce compte rendu devait être beaucoup plus complète et contenir l'observation de tous les enfants qui ont succombé depuis notre arrivée jusqu'au 31 décembre 1880. Cette tâche n'a pu être accomplie. Nous comptions sur l'active collaboration de notre interne de l'année, devenu notre ami, H. d'Olier. La mort nous l'a enlevé le 20 février. Afin de rendre un dernier hommage à la mémoire de notre infortuné ami, nous avons cru utile néanmoins de rassembler et de compléter les publications déjà faites.

DEUXIÈME PARTIE

Clinique.

I.

Note sur la maladie bleue. Température centrale (1).

Par Bourneville et d'Olier.

Les exemples de malformation du cœur sont assez communs et nous n'aurions pas publié le nôtre, s'il ne nous fournissait l'occasion d'appeler l'attention sur un phénomène clinique encore peu connu : la marche de la *température* dans la maladie bleue.

Observation I. — *Anomalies du cœur : persistance du trou de Botal; communication interventriculaire et ouverture de l'aorte dans les deux ventricules; rétrécissement considérable de l'infundibulum pulmonaire du ventricule droit.*

Bour..., Georges, 4 ans, est entré, le 26 juin 1879, à Bicêtre (service de M. Bourneville).

Antécédents héréditaires. — Nuls du côté du *père* qui ne présente ni alcoolisme, ni diathèses, ni névropathies. — Du côté de la *mère*, aucun antécédent névropathique direct; elle aurait eu à plusieurs reprises des émotions vives *pendant sa grossesse et serait accouchée 3 semaines avant terme.* — Un frère de 2 ans, intelligent, qui a marché à 11 mois. et une sœur de 4 mois, bien portante.

Suivant sa mère, B... ne présentait pas de cyanose au moment de sa naissance (?). — A 4 mois, il eut des *convulsions* tous les jours, pendant une huitaine de jours; elles étaient surtout marquées du *côté droit.* — Puis, il y eut un arrêt de 15 jours, et les convulsions reprirent ensuite à des intervalles variables. La 1re dent a percé à 8 mois. — C'est seulement à 2 ans que B... a comencé à marcher seul. — Quant à la *parole*, il ne pouvait alors que prononcer la

(1) Cette note a été communiquée à la *Société anatomique* en 1880 et publiée dans le *Progrès médical* (1880, n° 9, p. 163.)

syllabe « mam mam mam » qu'il répétait indéfiniment. Il n'a jamais su manger seul.

C'est seulement depuis l'âge de 18 mois que l'on a remarqué que l'enfant devenait bleu, comme il l'est aujourd'hui au moment des accès; plus tard, la cyanose persista dans les intervalles. Les accès étaient quelquefois si fréquents qu'on en a compté jusqu'à 20 dans les 24 heures. Les plus longues intermittences étaient de trois semaines. On n'a pas remarqué d'étourdissements.

Cet enfant présentait, dès son entrée, une *cyanose* très-prononcée des lèvres et de la face qui est pâle. Cette cyanose est plus marquée à certains moments et revient en quelque sorte par accès. La langue est presque noire. Les pieds et les mains sont violacés.

B... est très maigre; ses membres sont longs et grêles; les côtes sont saillantes, principalement les 3e, 4e et 5e, au niveau de leur attache sternale. Les testicules sont descendus; la verge présente une malformation du prépuce qui manque dans sa moitié inférieure, tandis qu'il est anormalement développé dans sa moitié supérieure qui forme une sorte de tablier. — Pas d'onanisme.

Ce malade ne parle pas, ne recconnaît pas ses parents et ne manifeste de plaisir qu'à la vue des aliments; il commence seulement à saisir avec la main ce qu'on lui présente. Il est gâteux.

7 *octobre*. — L'enfant se tient difficilement sur les jambes; il est très oppressé dès qu'il fait quelques pas. L'auscultation du cœur dénote un bruit de souffle rude au premier temps et à la base. Il n'y a pas de frémissement. C'est à peine si l'on voit battre la pointe du cœur. Pouls veineux bien marqué, à 140. Sommeil agité. L'enfant se réveille quelquefois en criant. Traitement anti-scrofuleux; exercer l'enfant à marcher.

22 *novembre*. — L'enfant est faible et très amaigri. Cependant il marche si on le tient par la main. Les extrémités sont toujours cyanosées. Il tousse un peu. T. R. 37°,6.

30 *déc*. — B..., qui avait repris notablement, a beaucoup maigri à cause des froids qui l'ont confiné à l'infirmerie, et il s'est affaibli au point qu'on est obligé de le laisser couché et de suspendre les exercices. T. R. 37°,4.

1880. 3 *janvier*. — L'amaigrissement se prononce de plus en plus. Les oreilles, les lèvres, la langue, les mains et les pieds sont fortement cyanosés. Il y a un érythème très prononcé des bourses, des fesses, et des ulcérations au niveau du sacrum et des trochanters. Les jambes ont une tendance

à se placer dans la flexion; *l'enfant les remue d'ailleurs aussi bien l'une que l'autre.*

A l'auscultation, on trouve quelques râles fins en avant au sommet droit: sous la clavicule gauche, le souffle cardiaque couvre le bruit respiratoire; pas d'impulsion cardiaque exagérée. En arrière, quelques râles sous-crépitants. Il n'y a nulle part de matité. Toux grasse. — L'enfant mange un peu, même de la viande; il ne vomit pas; garde-robes normales. P. petit, régulier à 180; T. R. 38°,6. — *Soir :* T. R. 38°,2.

4 *janvier.* — T. R. 38°,2. — *Soir :* T. R. 38°,8.

5 *janvier.* — L'enfant décline de plus en plus. La peau est légèrement chaude à la main. Les mains et les pieds sont violacés sans être froids. Les lèvres et la face sont également cyanosées. La respiration est très gênée. P. très petit, à 128; T. R. 36°,2. — *Soir :* 36°,8.

6 *janvier.* — Regard éteint; nystagmus à grandes oscillations. T. R. 36°,4. *Pas de convulsions, ni de contractures, ni de paralysie.* — Mort à midi.

Autopsie 40 heures après la mort. — Cadavre extrêmement maigre. Ventre en bateau, nulle trace de rigidité cadavérique.

Cerveau. Poids 1030 gr. — L'artère communicante antérieure est double. Les autres artères de la base sont normales ainsi que le chiasma, les pédoncules, etc. — L'*hémisphère droit* pèse 40 gr. de plus que le gauche. (Les 2 hémisphères étaient le siége de nombreuses altérations qui seront l'objet d'une communication ultérieure.)

Intestin grêle normal. L'*appendice cœcal* est un peu plus long que normalement (8 cent. 1|2). — La *rate* présente plusieurs incisures; poids, 42 gr. — *Estomac*, rien de particulier. — Le *foie* présente à la face inférieure du lobe droit, près du bord postérieur, une scissure anormale limitant une partie saillante. Il est très congestionné, la vésicule ne contient pas de calculs. Poids, 460 gr. — La *veine porte* est très volumineuse.

Le *thymus* et le *corps thyroïde* ont leur volume normal. Les *reins* se décortiquent facilement. Ils offrent à leur surface plusieurs petites tumeurs d'un blanc jaunâtre présentant à la coupe une forme conique. Poids, 50 gr.

Les *poumons* présentent tous deux, à la partie postérieure du lobe inférieur, un foyer d'hépatisation rouge assez étendu.

Le *péricarde* ne contient pas de liquide. — Le *cœur* est

violacé. L'*oreillette droite*, très distendue, paraît ainsi que le ventricule correspondant, beaucoup plus volumineuse que les parties similaires gauches. L'oreillette droite étant incisée parallèlement au sillon auriculo-ventriculaire, on

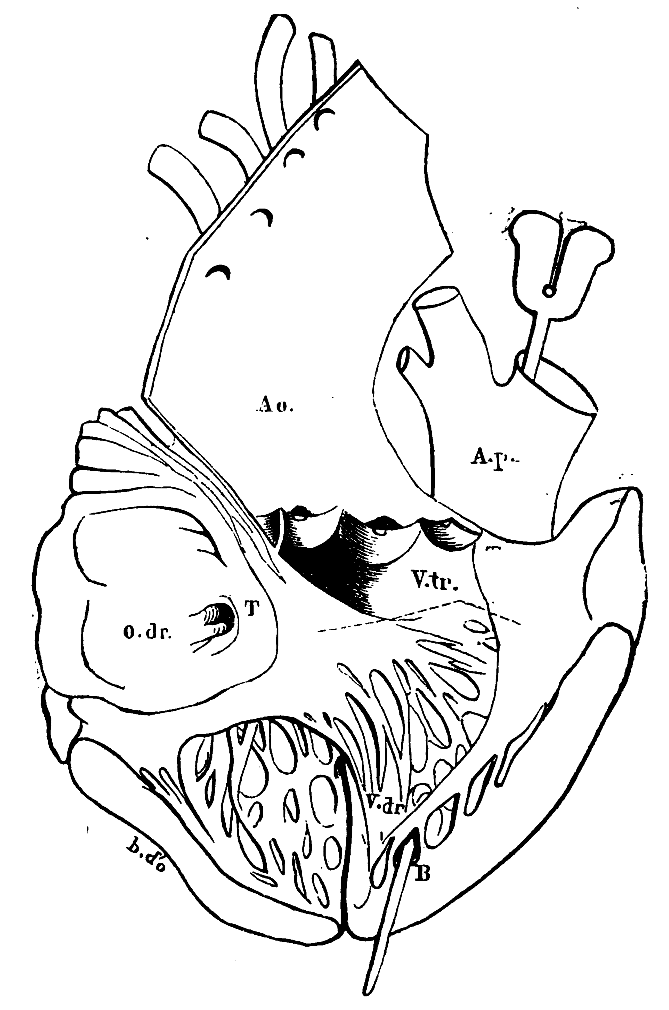


Fig. 1. — V. tr *valvule tricuspide.* — V. dr. *ventricule droit.* — A. p *artère pulmonaire.* — B. *orifice inférieur de l'infundibulum pulmonaire.* — T. *trou e Botal.* — O. dr. *oreillette droite.* — A. o. *artère aorte.*

constate sur la cloison inter-auriculaire, vers la partie antérieure de la fosse ovale, un orifice qui n'est autre que le *trou de Botal*. Cet orifice peut admettre une sonde de femme. Sa direction est oblique, de droite à gauche et d'arrière en avant, de manière que la lèvre postérieure de l'orifice

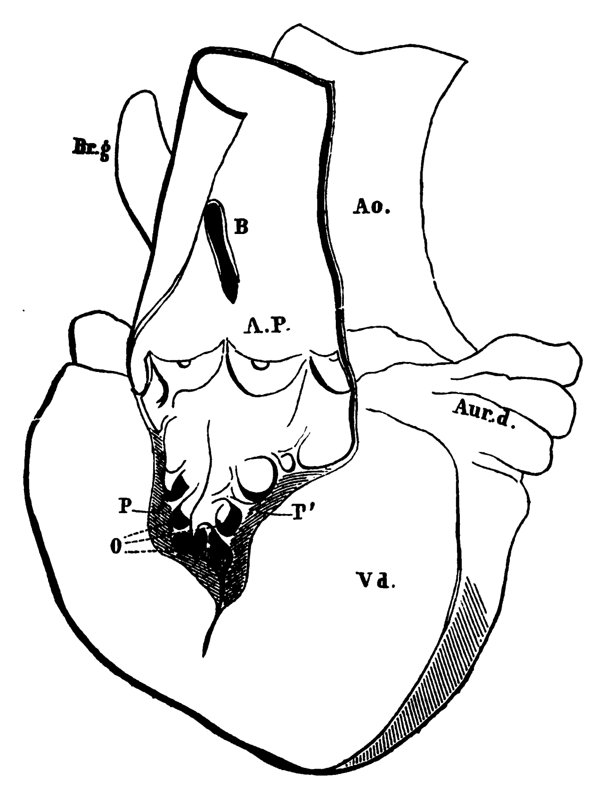


Fig. 2. — A. P *artère pulmonaire.* — Br. g. *la branche gauche.* — P. P'. *parois du ventricule droit incisées et écartées pour montrer le mode d'oblitération de l'infundibulum.*

proémine dans l'oreillette gauche et l'antérieure dans l'oreillette droite

L'ouverture du ventricule droit y montre l'absence de l'infundibulum de l'artère pulmonaire. Les parois de ce ventricule sont épaisses de 10 à 12 millimètres vers la partie moyenne, tandis que dans le ventricule gauche les parois,

mesurées au même niveau, n'ont guère plus de 5 à 6 millimètres d'épaisseur (1).

Le septum cardiaque est incomplet (*Fig. 1*). Vers la base des ventricules, il présente une légère échancrure arrondie et lisse au niveau de laquelle les deux cavités ventriculaires communiquent. L'aorte, légèrement dilatée à son origine, prend naissance directement au-dessus de l'espèce d'éperon ainsi formé par la cloison, de sorte qu'elle s'ouvre à la fois dans les deux ventricules. La circonférence de son orifice est de 44 millimètres. Les valvules sigmoïdes aortiques présentent leur forme et leur nombre normaux et sont épaissies au niveau de leur bord libre. Des altérations analogues, mais encore plus marquées, existent sur le bord libre et la face supérieure des trois valves de la tricuspide.

L'*artère pulmonaire* est notablement rétrécie ainsi que son orifice, qui présente seulement 35 millimètres de circonférence, et est pourvu de 3 valvules sigmoïdes. Sur la face inférieure de la valvule sigmoïde droite, s'insère un petit pilier charnu qui va se rattacher à la paroi ventriculaire (*Fig. 2*). Si on fend la paroi du ventricule droit en suivant la direction du tronc artériel, on voit que celui-ci aboutit à un véritable cul-de-sac, en forme d'entonnoir, ne communiquant avec la cavité ventriculaire que par 3 ou 4 orifices étroits, situés entre les colonnes charnues de la paroi antérieure. Ajoutons qu'à un centimètre environ au-dessus de son orifice, l'artère pulmonaire se partage en 3 *branches*, deux à gauche et une à droite; cette dernière passe *au devant* de la crosse aortique.

Sur le bord droit du tronc pulmonaire, au niveau de sa bifurcation, se détache un petit cordon arrondi qui va s'amincissant de plus en plus et représente vraisemblablement le canal artériel, bien que sa dissection n'ai pu être poursuivie jusqu'à l'aorte. Au niveau de son insertion sur l'artère pulmonaire, on trouve dans la cavité du vaisseau un orifice très petit qui peut encore admettre la pointe d'une épingle, dans une étendue de 3 à 4 millimètres.

Dans le ventricule gauche, la valvule mitrale présente sa disposition normale, mais ses bords et sa face supérieure

(1) D'après Rilliet et Barthez (*Maladies des enfants*, 1861, I, p. 56) la mesure des parois ventriculaires, *chez les enfants de 4 ans*, donnerait comme moyenne pour l'épaisseur maximum : Ventricule droit 2 millimètres; ventricule gauche 7-9 millimètres. — Chez l'adulte, la moyenne de l'épaisseur de la paroi ventriculaire, mesurée près de la base, serait 6 millimètres. (Dubrueil. *Anomalies artérielles*, p. 23.)

sont épaissis et comme bourgeonnants par places. La circonférence de l'orifice mitral est de 54 mill. Celle de l'orifice auriculo-ventriculaire droit de 57 mill. (1). On aperçoit facilement, en relevant la valve droite de la mitrale, l'échancrure du septum qui fait communiquer les deux ventricules.

La *crosse de l'aorte* donne directement naissance, par sa convexité, aux deux carotides primitives et aux deux sous-clavières. *Il n'y a pas de tronc brachio-céphalique.*

RÉFLEXIONS. — Cette observation nous a paru intéressante à divers titres. Les anomalies cardiaques que nous avons décrites constituent tout d'abord un fait extrêmement rare. Nous n'avons trouvé dans les auteurs qu'une vingtaine de faits se rapprochant du nôtre, et encore n'est-ce pas sans de sensibles différences, car on sait quelle infinie variété présentent les malformations du cœur et des gros vaisseaux de la base.

La disposition de l'*aorte* prenant naissance dans les deux ventricules par suite d'un arrêt de développement de la cloison, n'est pas un fait rare, et on le trouve relaté dans un assez grand nombre de cas de cyanose. La *persistance du trou de Botal*, normal ou rétréci, est peut-être encore plus commune ; la sténose de l'artère pulmonaire est plus rare et cette anomalie coïncide presque toujours avec la persistance du canal artériel. Enfin, c'est seulement dans trois ou quatre cas qu'on a observé le rétrécissement de l'orifice ventriculaire de l'infundibulum pulmonaire, disposition dans laquelle le cloisonnement du ventricule droit constitue une cavité nouvelle, une sorte de *ventricule surnuméraire* (2).

Le mode d'oblitération de l'infundibulum pulmonaire tel que nous l'avons décrit dans l'observation précédente, nous paraît être un cas unique. Nous réunissons ici, comme point de comparaison, les divers cas analogues que nous avons trouvés dans les auteurs.

---

(1) Les chiffres donnés par MM. Rilliet et Barthez (*loc. cit.*) pour ces orifices sont :

Orifice auriculo-vent. droit.	7 cent.
Orifice auriculo-vent, gauche. . . .	6
Orifice aortique.	4
Orifice pulmonaire.	4 4.7

(2) Cruveilhier. — *Anat. path.*, II, 498.

Comme le fait remarquer Cruveilhier (1) « le rétrécissement de l'orifice ventriculo-pulmonaire peut avoir lieu dans divers points : 1° à l'origine même de l'artère pulmonaire ; 2° à la base de l'infundibulum ; 3° dans toute la longueur de l'infundibulum ; 4° l'oblitération peut être complète. »

Ajoutons que, dans une observation, l'artère pulmonaire a été trouvée *normale* (2), et dans une autre, *dilatée* (3).

Nous énumérerons d'après cette division les diverses observations que nous allons citer, ne nous occupant naturellement ici, que des cas où une de ces altérations de l'orifice pulmonaire coïncide avec les autres anomalies relatées dans notre observation.

I. — *Rétrécissements de l'artère pulmonaire ou de son orifice.*

Obs. II Cas de Holst (de Christiania) (4). Aorte et artère pulmonaire retrécies et naissant du ventricule droit ; communication des deux ventricules et des deux oreillettes.

Obs. III. Cas de Stenson (5). Rétrécissement de l'artère pulmonaire *avec absence du canal artériel.* Perforation de la cloison interventriculaire et aorte naissant des deux ventricules.

Obs. IV. Cas de Cailliot (6). Artère pulmonaire très rétrécie. — Aorte provenant des deux ventricules et présentant une inversion des branches de la crosse. Oreillette droite très développée, ventricule droit volumineux.

Obs. V. Cas d'Obet (7). Artère pulmonaire rétrécie. Canal artériel offrant encore une petite ouverture. Aorte d'un diamètre considérable provenant des deux ventricules et offrant une transposition des branches de la crosse. La cloison est perforée à sa partie supérieure. L'oreillette droite est très développée ; la gauche très rétrécie.

---

(1) Cruveilhier, *loc. cit.*
(2) Obs. de Sandifort. (Franck. — *Pat. int.*, IV, 403).
(3) Obs. de Cooper, *ibid.*
(4) *Comp. de Médecine*, II, 600.
(5) Franck. — *Pathologie interne*, IV, 403.
(6) Franck. — *Pathologie interne*, p. 401.
(7) Franck. — *Pathologie interne*. p. 404.

Obs. VI. (Hogdson) (1). Rétrécissement de l'artère pulmonaire qui ne présente que deux valvules. Cloison interventriculaire perforée à sa base ; l'aorte très développée naît des deux ventricules. Oreillette droite volumineuse, la gauche rétrécie.

Obs. VII. (Cooper) (2). Rétrécissement de l'artère pulmonaire avec oblitération du canal artériel. Perforation de la cloison interventriculaire et aorte naissant des deux ventricules.

Obs. VIII. (Haase) (3). Artère pulmonaire très rétrécie, valvules adhérentes, trou de Botal largement ouvert ; aorte naissant des deux ventricules, mais plutôt du droit.

Obs. IX (Farre) (4). Artère pulmonaire rétrécie, aorte volumineuse naissant des deux ventricules. Ventricules très développés surtout le droit.

Obs. X. (Sandifort) (5). Orifice de l'artère pulmonaire ne laissant passer qu'un stylet très fin et muni seulement de deux valvules très petites, presque adhérentes entre elles. L'artère pulmonaire est rétrécie jusqu'à la bifurcation. Communication des deux oreillettes par un orifice admettant un fort stylet; à la partie supérieure de la cloison interventriculaire, échancrure capable de laisser pénétrer le bout du doigt. Aorte située comme à cheval sur cette échancrure. — Ventricule droit plus épais que le gauche.

Obs. XI. (Cailliot) (6). Enfant de 11 ans, rétrécissement de l'artère pulmonaire et de son orifice qui ne présente que deux valvules. Canal artériel oblitéré. Persistance du trou de Botal (9 mm. de diam.), ouverture de la cloison interventriculaire pouvant admettre le doigt, faisant communiquer le ventricule droit avec le gauche et avec l'origine de l'aorte.

Obs. XII. (Cailliot) (7). Enfant de 3 ans. Rétrécissement de l'orifice pulmonaire qui ne pouvait admettre qu'un sty-

(1) Franck. — *Pathologie interne*, p. 404.
(2) Franck. — *Pathologie interne*, p. 405.
(3) Franck. — *Pathologie interne*, p. 405.
(4) Franck. — *Pathologie interne*, IV, 405.
(5) Cruveilhier. — *Anatomie pathologique*, I. 496.
(6) Bouillaud. — *Maladies du cœur*, I. p. 676.
(7) Bouillaud. — *Maladies du cœur*, p. 677.

let. Canal artériel oblitéré. Trou de Botal admettant une sonde de femme; à la base de la cloison interventriculaire, large ouverture faisant communiquer les deux ventricules entre eux et avec l'aorte. Dilatation considérable de l'oreillette droite. Ventricule droit hypertrophié.

II.—*Rétrécissements de l'orifice ventriculo-pulmonaire à la base de l'infundibulum.*

Obs. XIII. (Lawrence) (1). Artère pulmonaire normale naissant d'une espèce de troisième cavité. — Aorte provenant des deux ventricules.

Obs. XIV. (Cruveilhier) (2). La base de l'infundibulum, à 13 millimètres de l'origine de l'artère pulmonaire, présentait un pertuis capable de laisser passer seulement une plume de corbeau. Entre ce pertuis et l'orifice de l'artère pulmonaire, l'infundibulum constituait une sorte de petite poche ou de ventricule surnuméraire, de 2 centimètres de diamètre. L'artère pulmonaire, ne présentant que deux valvules, était d'ailleurs saine. Pas de canal artériel.

Obs. XV. (Rey) (3). Fille de 9 ans. L'artère pulmonaire, née du ventricule droit, est très déviée à gauche et presque complétement oblitérée au niveau de son embouchure avec le ventricule. Les valvules sigmoïdes qui sont placées au-dessus de ce rétrécissement sont tassées les unes sur les autres. Pas de canal artériel ni de persistance du trou de Botal. La cloison interventriculaire présente, à sa partie supérieure, une ouverture ovalaire admettant l'extrémité du doigt annulaire et faisant communiquer les deux ventricules.

L'aorte naît de la région antéro-supérieure du ventricule droit. — Le tronc brachio-céphalique est placé à gauche.— Le ventricule droit présente des parois hypertrophiées mesurant à la base 9 mill. d'épaisseur.

III. — *Rétrécissements de l'orifice ventriculo-pulmonaire occupant toute l'étendue de l'infundibulum.*

Obs. XVI. (Ribes) (4). Enfantde 6 ans. Le ventricule droit,

(1) Franck. — *Pathologie interne*, IV. p 405.
(2) Cruveilhier. — *Anatomie pathologique*, I. 498.
(3) Dubrueil. — *Anomalies artérielles*, 1847, p. 22.
(4) Houel. — *Catalogue des pièces du musée Dupuytren*. Tome IV, p. 14.

hypertrophié et plus volumineux que le gauche, est subdivisé en 2 moitiés par une cloison formée par un double pilier de la valvule tricuspide. En avant et à gauche, ce ventricule donne naissance à l'aorte; — à 2 cent. de l'origine de l'aorte, existe une petite ouverture de 0,005 mill. de diam. qui conduit, après un trajet d'environ 3 centim. dans l'artère pulmonaire. Celle-ci, quatre fois plus volumineuse que le conduit qui lui donne naissance, est garnie à son origine de deux valvules sigmoïdes.

Entre l'origine de l'artère pulmonaire et de l'aorte, on trouve une ouverture d'un cent. et demi de diamètre faisant communiquer les deux ventricules.—Le trou de Botal non oblitéré représente une fente de 0,01 cent. de longueur. — Oreillette droite très dilatée. — Ventricule gauche petit.

Obs. XVII. (Palois) (1). Enfant de 4 ans.

Artère pulmonaire beaucoup plus petite qu'à l'état normal. A la base du ventricule droit, large ouverture due à une échancrure du septum faisant communiquer les deux ventricules et conduisant dans l'aorte qui est volumineuse à son origine. Un peu au-dessus et à gauche, seconde ouverture beaucoup plus petite, à lèvres calleuses, conduisant dans l'artère pulmonaire qui présente seulement deux valvules.

Valvule tricuspide épaissie et comme calleuse au bord libre. Communication des deux oreillettes en plusieurs points de la fosse ovale. — Oreillette droite très distendue, oreillette gauche petite.

IV. — *Oblitération complète de l'orifice ventriculo-pulmonaire.*

Obs. XVIII. (Lediberder) (2). Cœur carré sans hypertrophie des parois.—Cloison interventriculaire terminée en haut par un bord concave, de sorte qu'à la partie supérieure les deux ventricules ne forment qu'une seule cavité du milieu de laquelle s'élève l'aorte garnie de ses valvules et plus volumineuse qu'à l'état normal. En avant, l'artère pulmonaire présente un calibre moitié moindre que celui de l'aorte. Elle se termine, du côté du ventricule droit, par un cul-de-sac qui intercepte toute communication avec la cavité de ce ventricule.

L'artère pulmonaire communique avec l'aorte par un orifice qui remplace le canal artériel.

(1) Bouillaud. — *Mal. du cœur*, Tom. II, p. 672.
(2) Cruveilhier. — *Anat. path.*, Tom. II, p. 496.



Les observations XIII, XIV, XV, XVI et XVII sont, comme on le voit, celles qui se rapprochent le plus de la nôtre au point de vue de la disposition de l'orifice ventriculo-pulmonaire. Nous ne reviendrons pas sur les autres lésions que nous avons décrites. Ajoutons, cependant, que notre cas confirme l'opinion de Cruveilhier, d'après lequel la communication interventriculaire et le rétrécissement de l'orifice pulmonaire seraient les deux anomalies coïncidant le plus fréquemment (1).

Il semble bien y avoir un rapport de cause à effet dans la disposition respective de ces orifices car, ainsi que l'a dit Dubrueil (2), « une anomalie, une déviation en entraîne une » autre et nous retrouvons une sorte de nécessité de rapport » harmonique là où tout, au premier aspect, paraît confusion » et désordre. »

Température.—Nous présenterons, à propos de la symptomatologie, quelques observations relatives à la marche de la température chez les cyanotiques. On sait qu'on ne trouve sur ce point, dans les auteurs, que des indications vagues et très incomplètes.

Cailliot, le premier (1807), nota la diminution de la chaleur vitale et la sensibilité au froid comme des symptômes fréquents de la cyanose. Plus tard, Gintrac et Laënnec confirmèrent cette opinion. Louis dit n'avoir observé le refroidissement que quatre fois sur sept, et encore n'aurait-il eu lieu que pendant les accès de suffocation (3). A cette époque (1837) où l'on considérait encore le poumon comme le foyer de la chaleur animale, il l'attribua ainsi que les auteurs du *Compendium* à la gêne apportée aux fonctions pulmonaires par le ralentissement de la circulation.

Holst aurait vu le côté gauche se refroidir d'une manière plus sensible que le côté droit et les pulsations des artères du bras gauche disparaître jusqu'au coude (4). Franck mentionne (5) « un sentiment continuel de froid appréciable au toucher ».

---

(1) Cruveilhier, *loc. cit.*
(2) *Anomalies artérielles*, p. 36.
(3) *Comp. de Méd.*, II, 603.
(4) *Id.*, II, 604.
(5) *Path., int.*, 1857, IV, p. 402.

D'après M. Bouchut (1), la température serait abaissée à 33 et 35° centigrades. Cependant H. Gintrac (2) cite, d'après les expériences de Farre, des températures de 36°,5 dans la paume de la main et de 38° sous la langue, sans qu'il soit fait mention de maladie intercurrente. Il semble donc qu'il y ait d'assez grandes variations individuelles. Nous allons néanmoins présenter le résumé de quatre observations dans lesquelles la marche de la température a offert quelques particularités intéressantes.

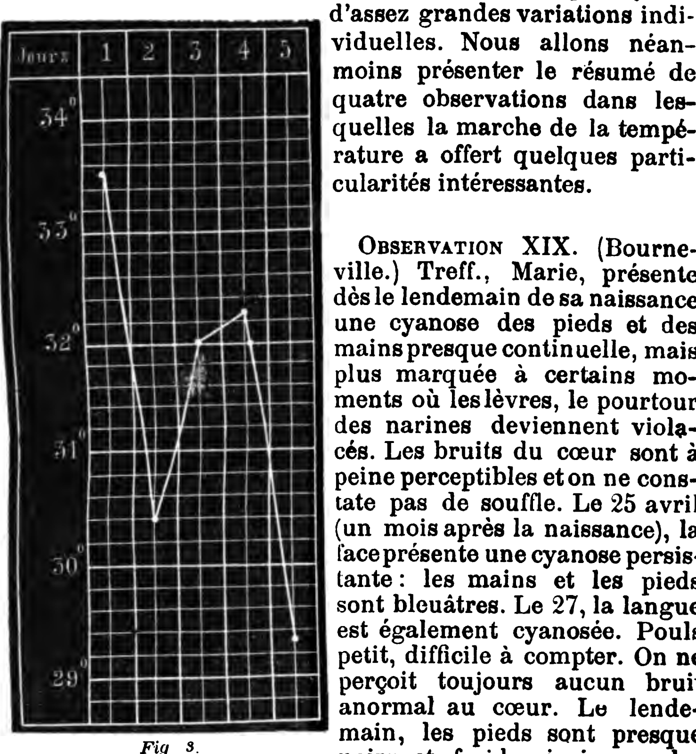


Fig 3.

OBSERVATION XIX. (Bourneville.) Treff., Marie, présente dès le lendemain de sa naissance une cyanose des pieds et des mains presque continuelle, mais plus marquée à certains moments où les lèvres, le pourtour des narines deviennent violacés. Les bruits du cœur sont à peine perceptibles et on ne constate pas de souffle. Le 25 avril (un mois après la naissance), la face présente une cyanose persistante : les mains et les pieds sont bleuâtres. Le 27, la langue est également cyanosée. Pouls petit, difficile à compter. On ne perçoit toujours aucun bruit anormal au cœur. Le lendemain, les pieds sont presque noirs et froids ainsi que les mains. Erythème à la face interne des cuisses, grand amaigrissement. Pouls radial presque imperceptible. La respiration très irrégulière présente, par moments, le type dit de Cheyne Stokes. Plusieurs accès de cyanose se produisent encore dans la journée. Mort le soir. L'autopsie montra une *persistance du trou de Botal* et *du canal artériel.* —

(1) *Mal. des nouveau-nés*, p. 403.
(2) *Diction. de méd. et de chir. prat.* Tom. X, p. 626.

Les températures rectales prises le jour de la mort ont été : le matin 32°, 4 ; le soir 31°.

Observation XX. (Bourneville.) X... nouveau-né (fille), cyanose très marquée dès le lendemain de la naissance. Mort dans la journée. (L'autopsie n'a pas été faite.) T. R. 32°,5. — *Soir* : T. R. 27°, 9 (la température de la salle étant 25°, 5).

Observation XXI. (Bourneville.) Lecap..., enfant du sexe masculin né à six mois et demi le 12 mai 1871. Poids : 1400 grammes. Début des accès de cyanose le lendemain de la naissance. — Le 16 mai, le pouls est à 92, régulier et sans intermittences. Les accès de cyanose bien que plus courts sont de plus en plus fréquents. Mort à 1 heure de l'après-midi. — L'autopsie montre une persistance du trou de Botal.Pas de persistance du canal artériel. La marche de la température est indiquée par le tableau suivant (*Fig. 3*).

Obs. XXII. (Bourneville). Vach... Mathilde, née le 7 mai 1871. Cyanose des mains très marquée au niveau des ongles dès le jour de la naissance. Les jours suivants, plusieurs crises de cyanose durant lesquelles la peau des narines et des lèvres devient bleuâtre. Le 11, cyanose persistante des mains et des pieds. Le pouls très petit est impossible à compter à la radiale; au cœur, 132. On ne constate ni frémissement cataire ni souffle.

12 *mai*. Le pouls radial devient perceptible, 120. Pas de nouvel accès depuis hier soir. Les mains ne sont plus cyanosées. L'enfant tette beaucoup mieux que les premiers jours.

13 *mai*. Pas de nouveaux accès. Très légère cyanose des extrémités.

14 *mai*. Les mains présentent, à certains moments, une teinte légèrement bleuâtre.

15 *mai*. Etat excellent. L'enfant tette très bien.

16 *mai*. On n'observe plus qu'une légère teinte cyanique des mains quand elles restent exposées à l'air. (*Fig. 4*.)

19 *mai et jours suivants*. Tous les accidents ont disparu. La température est devenue normale. On ne voit plus nulle part aucune trace de cyanose. L'enfant tette bien, et tout fait présumer qu'il n'existe plus de communications vasculaires anormales.

Ces diverses observations, ainsi que l'observation I, confirment, comme on le voit, la règle généralement admise de l'abaissement de température dans la cyanose.

Mais il ressort en outre de ces observations, que la marche de la température indique, jusqu'à un certain point, celle des lésions cardiaques. C'est ainsi que dans les quatre cas qui se sont terminés par la mort du sujet (obs. I, XIX, XX, XXI), *la température s'est progressivement abaissée jusqu'à la mort.* L'élévation thermique finale de l'obs. I ne constitue qu'une exception apparente, car elle est due vrai-

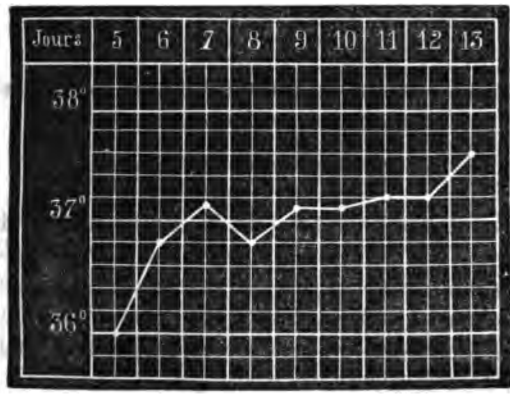


Fig. 4.

semblablement aux lésions considérables de l'encéphale, qu'aucun autre symptôme n'avait révélées pendant la vie. Les observations XIX, XX, et XXI offrent des températures *ultimes* inférieures, dans la première de 7°, dans la seconde de 10°, et dans la troisième de 8°, à la température normale.

L'observation malheureusement unique de terminaison heureuse que nous avons rapportée plus haut (Obs. XXII) paraît, d'autre part, nous autoriser à penser que : *dans les cas où les anomalies cardiaques produisant la cyanose, marchent vers la guérison, la courbe thermique correspondante, éprouve peu à peu une sorte de redressement, jusqu'à ce que la température devienne enfin tout à fait normale.* Ce n'est là, d'ailleurs, qu'une hypothèse dont la discussion doit attendre de nouvelles observations (1).

(1) Nous avons recueilli ces observations à la Pitié, en 1871, dans le service de M. Molland. Quelques autres sont restées entre les mains de notre maître et malheureusement nous n'avons pu nous les procurer. (B.)

II.

Note sur un cas de crétinisme avec myxœdème (Cachexie pachydermique);

Par Bourneville et d'Olier.

Les récentes publications de M. Hadden et de M. Ballet qui viennent de mettre à l'ordre du jour l'étude de la *cachexie pachydermique* ou *myxœdème*, nous engagent à présenter, dès maintenant, l'observation suivante que nous détachons d'une note en préparation relative à trois cas de crétinisme.

Cette observation paraît apporter dans la discussion quelques faits nouveaux : le sujet est beaucoup plus jeune que ceux des observations rapportées jusqu'ici ; l'état de sa peau diffère un peu des descriptions qui ont été faites. Enfin, le myxœdème ne se présente pas ici comme une maladie autonome se développant et évoluant avec un cortège symptomatique spécial chez un individu jusque-là bien portant; il apparaît comme complication d'un état préexistant : le crétinisme; il semble en quelque sorte remplacer le goître absent. Ajoutons que le sujet appartient au sexe masculin ce qui constitue encore une exception à la règle générale.

Les troubles de calorification, l'état des membres, de la face, de l'intelligence, de la parole se rapportent d'ailleurs assez exactement aux descriptions précitées.

Deux autres crétineux de 20 et 21 ans qui se trouvent actuellement à Bicêtre présentent, quoique à un degré beaucoup moindre, un état analogue de certaines régions

de la peau et en particulier des paupières. Nous aurons bientôt l'occasion de revenir sur ces observations.

Obs. I. — *Idiotie et crétinisme.— Arrêt de développement. — Etat œdémateux et rénitent de la peau (cachexie pachydermique) avec tumeurs myxomateuses disséminées.*

Thén..., Eugène, 19 ans, placé à plusieurs reprises par sa mère à l'infirmerie des idiots de Bicêtre, est entré en dernier lieu dans notre service le 16 juin 1879.

Cet enfant, difforme et très mal développé, présente encore, malgré son âge, l'habitude extérieure d'un enfant de deux ans.

Sa *taille* n'est que de 90 centimètres ; son *poids* n'atteint pas 20 kilog. L'histoire de ce malade peut être résumée de la manière suivante.

Antécédents. On ne trouve dans les ascendants aucune trace de névropathies ; pas d'aliénés, d'épileptiques, d'idiots, de suicides, etc. Le père et le grand-père paternel seuls sont morts d'apoplexie.

Pas de consanguinité ; le père est né à Paris ; la mère est de Courancelle (Meuse). Elle ne porte aucune trace de goître et il ne paraît pas que le goître ni le crétinisme soient endémiques dans le pays. Un *frère* du malade est mort à l'âge de 15 mois en nourrice, mais sans avoir eu de convulsions ; une *sœur*, actuellement âgée de 18 ans, est bien développée, intelligente et ne présente aucun accident nerveux.

Notre malade est né à terme. La mère n'indique pas qu'aucun accident lui soit arrivé pendant sa grossesse : elle était seulement triste parce qu'elle n'était pas encore mariée à cette époque ; il n'y aurait jamais eu de scènes violentes et elle n'aurait pas vu de crétins pendant qu'elle était enceinte.

L'enfant était très-gros au moment de sa naissance. Il fut confié jusqu'à un an à une nourrice de Rambouillet, qui l'éleva dans des conditions hygiéniques déplorables (logement humide, etc.), et la mère soupçonne qu'il aurait eu quelques convulsions. — Quoiqu'il en soit, elle le reprit chez elle et, vers 15 mois, il commença à marcher ; il ressemblait alors à tous les enfants de son âge ; il était affectueux, donnait quelques signes d'intelligence et prononçait un petit nombre de mots. C'est à cette époque qu'il aurait fait une chute dans un escalier et depuis lors, au dire de la mère, il aurait *complètement changé*. Deux ans après cet acci-

dent, il pouvait encore marcher convenablement et accom pagnait sa mère dehors; aucune nouvelle attaque de convulsions n'était survenue; néanmoins la parole n'avait fait aucun progrès. C'est dans ces conditions que l'enfant fut amené pour la première fois à Bicêtre où il fit un séjour d'un mois (juillet-août 1865). La mère ne voulut pas le laisser davantage, parce que, dit-elle, il s'ennuyait et que d'ailleurs, il était devenu gâteux depuis son entrée. Il marchait aussi moins bien, mais était toujours très affectueux. — La *dentition* se fit lentement. Elle n'était pas complète à 7 ans. En 1871, sa sœur lui fit par imprudence de fortes *brûlures* à la figure et aux mains. Il fut alors ramené à Bicêtre, d'où il ne sortit qu'en octobre 1878 pour y rentrer l'année suivante, comme il a été dit plus haut.

Cet enfant, qui est né à Neuilly-sur-Seine, n'a jamais quitté Paris depuis qu'il est revenu de nourrice. Cette dernière n'était pas atteinte de goître.

Etat actuel (1880). L'enfant reste pendant tout le jour assis devant une table dans un état d'inertie et d'obtusion intellectuelle complètes. Sa position habituelle à l'extrémité de la table qu'il a l'air de présider, son regard indifférent et son extrême apathie lui ont fait donner par les employés et les malades le sobriquet de *Pacha*, sous lequel il est connu dans la maison.

La *tête* est volumineuse et irrégulière et sa forme rappelle grossièrement celle d'un pain de sucre. L'occipital forme en arrière une saillie notable du côté gauche; en avant, on note au contraire un développement plus considérable de la bosse frontale droite. Vu d'en haut, le crâne présente ainsi une plagiocéphalie assez marquée. La partie postérieure du crâne est très développée. Les sutures fronto-pariétales sont saillantes et les dépressions sus-sourcilières très prononcées. Le cuir chevelu est atteint d'une calvitie presque complète et présente sur toute son étendue une desquamation analogue à celle du pityriasis capitis. Les cheveux sont courts, volumineux, secs, presque noirs; ce sont des cheveux d'adulte et leur rareté contraste tristement avec la physionomie enfantine du malade.

Le visage est hideux; le front et la racine du nez sont couverts de rides, les sillons naso-labiaux sont très accusés, le nez est camard, très déprimé à sa racine comme chez la plupart des petits enfants; sur toute l'étendue de la face, la peau est mate, d'une couleur blanc jaunâtre et bouffie; cette bouffissure, surtout marquée au niveau des joues qui sont pendantes, des lèvres et des paupières, contribue à accuser les rides et donne à la physionomie un air vieillot, contras-

tant encore avec l'apparence fine et cireuse de la peau qui est absolument glabre; les sourcils sont à peine marqués et les cils rares; les yeux restent constamment à demi-fermés et les paupières sont collées chaque matin par suite d'une *blépharite ciliaire* double. — Ajoutons, pour terminer ce portrait, qu'il existe sous le menton une vaste *cicatrice* de brûlure s'étendant d'une oreille à l'autre, à la manière d'une jugulaire; la surface de cette cicatrice qui présente une couleur violacée, est parsemée de brides dont quelques-unes, insérées au niveau du pli mento-labial, produisent le renversement de la lèvre inférieure, l'écoulement presque continuel de la salive et achèvent ainsi de donner à la physionomie l'air bestial qui la caractérise. L'enfant peut néanmoins fermer la bouche quand il le veut, mais un effort paraît nécessaire pour cela et il ne ne le fait guère qu'au moment de la déglutition. Pendant la mastication, la lèvre inférieure reste pendante et laisse s'écouler au dehors une partie de la salive et des aliments. Les *dents* sont pour la plupart cariées et usées jusqu'au niveau des gencives; en haut, les deux incisives médianes de lait persistent en avant des dents définitives correspondantes. Il ne paraît pas exister d'asymétrie de la voûte palatine ni de malformation du voile du palais. Les *oreilles* sont régulièrement ourlées, symétriques et offrent un lobule bien développé; elles s'écartent fortement de la tête en arrière.

La bouffissure de la face mentionnée ci-dessus ne paraît pas avoir existé toujours au même degré; il semble y avoir eu un temps, d'après les renseignements fournis par la mère, où la physionomie de l'enfant réflétait assez exactement ses sentiments : aujourd'hui, la face bouffie paraît avoir perdu beaucoup de sa mobilité et les rares phrases qui sont comprises n'excitent aucun jeu de physionomie; la joie s'exprime par un sourire grossier et disgracieux. La douleur et souvent une légère contrariété suffisent à provoquer des larmes et des cris. La *parole* est réduite à quelques monosyllabes: *ajour* pour bonjour, *teau* pour gâteau, *ci* pour merci, et quelques autres. La voix est enrouée, nasillarde, la prononciation confuse et ce n'est ordinairement qu'en pressant l'enfant de questions ou en lui présentant le bonbon attendu qu'on obtient une réponse lente à venir et comme traînée.

L'habitus général du tronc et des membres est assez remarquable. Outre le défaut de taille déjà signalé, on remarque une extrême brièveté du cou qui est en même temps très élargi, mais ne porte aucune trace de tumeur thyroïdienne. On sent distinctement le larynx sur la ligne médiane, en plaçant la

tête dans l'extension et en déprimant fortement les téguments, notablement épaissis à ce niveau. Tout au plus peut-on sentir, sur le côté droit du cartilage thyroïde, quelques nodules roulant sous le doigt et appartenant peut-être au corps thyroïde.

La tête est légèrement fléchie sur le thorax. Sur toute l'étendue du tronc, la peau est fine, d'un blanc mat, assez résistante sous le doigt, comme infiltrée et paraît recouvrir une épaisse couche de tissu cellulaire lâche; au-devant du thorax, elle est sillonnée de petites veines et de nombreux capillaires. Ainsi que le faisait récemment remarquer M. Hadden, la transpiration est insensible et l'excrétion de la matière sébacée paraît complètement suspendue.

Au niveau des régions sus-claviculaires, au-dessous des aisselles et en divers points du thorax, on la trouve soulevée par des tumeurs molles, tremblotantes, d'apparence myxœdémateuse. Ailleurs, elle est tendue, résistante sous le doigt et comme bouffie de graisse. On ne constate pas à la main d'abaissement notable de la température. Le thermomètre appliqué sur le devant de la poitrine, puis sur une des tumeurs cervicales a marqué successivement 35°, 6 et 36°, 2, la température extérieure étant de 25°.

La *température rectale*, prise matin et soir pendant 8 jours consécutifs, est restée invariablement à 37°, 2 le soir. Il paraît donc exister un léger abaissement de la température centrale. Le ventre est volumineux.

Les membres sont gros, courts, empâtés, et la peau y présente les mêmes caractères que sur le tronc; toutefois, on y observe un abaissement de température, sensible même à la main; le thermomètre appliqué sur la face externe des bras marque à droite 33°,8, à gauche 34°,1.

La main droite est déformée par une *brûlure* dont la cicatrice a produit la rétraction des trois derniers doigts. La préhension est possible avec le pouce et l'index dont le malade se sert encore assez adroitement pour saisir les pièces de monnaie ou les bonbons qu'on lui présente. Sur le dos de cette main, la peau, comme œdémateuse, forme une pelote épaisse, mais ce gonflement résiste sous le doigt et ne disparait pas par la pression. La main gauche offre un état analogue, bien qu'à un degré moins marqué.

Aux membres inférieurs, la bouffissure est surtout prononcée aux jambes et aux pieds dont la peau est plus ou moins cyanosée. Les deux membres sont de longueur égale. La voûte plantaire est à peine marquée; la *marche* est difficile, lourde, mais cependant possible lorsque l'enfant est tenu par la main.

Il est intéressant de remarquer ici qu'il a fait à cet égard de réels progrès depuis le mois d'octobre : tandis qu'il avait alors beaucoup de peine à exécuter quelques pas, que, pour cela, il restait confiné au lit une grande partie de la journée, il parvient aujourd'hui, après avoir été exercé pendant huit mois, à faire chaque jour le tour de la salle, à marcher presque sans aide. Il peut également se tenir debout durant un temps assez long en s'appuyant aux barreaux d'une chaise ou d'un lit.

Les organes génitaux ne présentent pas de vice de conformation, mais un arrêt de développement complet ; la peau y est épaisse et œdémateuse, comme dans les autres régions ; les deux testicules sont dans les bourses et ont à peine le volume d'une noisette. — Pas d'onanisme.

L'*urine* examinée à plusieurs reprises et avec soin par M. Barré, interne en pharmacie du service, est claire, citrine et ne contient ni albumine ni glycose. L'enfant est grand gâteux et la difficulté où l'on se trouve de recueillir isolément la quantité d'urine rendue dans les vingt-quatre heures, n'a pas permis de doser l'urée éliminée de ce côté.

Sur le tronc et les membres, la peau est absolument glabre, même aux aisselles et au pubis, bien que le malade soit entré dans sa vingtième année. D'après les renseignements recueillis dans le service, elle était l'année dernière le siège d'une desquamation continuelle, analogue à celle qui persiste encore sur le cuir chevelu : cette desquamation, surtout marquée aux membres, au tronc et à la face était furfuracée. Elle a disparu sous l'influence de soins hygiéniques mieux entendus et des bains salés, administrés deux fois par semaine depuis octobre 1879.

La *sensibilité générale* est conservée et paraît un peu émoussée ; le chatouillement n'est généralement pas perçu. La sensibilité au froid est très marquée. Quant aux sensibilités spéciales, la *vue* et l'*ouïe* paraissent égales des deux côtés. Le *goût* semble intact : Thén... ne mange pas d'ordures et écarte les saletés qu'il rencontre dans son assiette. Il mange sa soupe seul, avec une cuiller qu'il tient de la main gauche et les autres aliments avec ses doigts. Il boit également seul en tenant le gobelet avec ses deux mains.

Rien de particulier à signaler du côté de l'*appareil digestif*. Il n'existe ni vomissements après les repas, ni constipation exagérée. Une chute du rectum, qui s'est produite il y a quelques mois, a pu être réduite et maintenue par des cautérisations appropriées.

Nous avons déjà indiqué, chemin faisant, l'état de l'intelligence ; notons encore que Th... reconnaît sa mère, sa

sœur et les diverses personnes du service; parfois sa physionomie semble s'éveiller un moment à la vue de la nourriture ou des bonbons. Une poupée qu'il a eue pendant quelques semaines paraissait lui procurer quelque plaisir.

Le sommeil est tranquille; l'après-midi tout entière se passe dans un état de demi-somnolence et d'immobilité. Jamais depuis qu'il est à Bicêtre, cet enfant n'a présenté de phénomènes d'excitation ni d'accès convulsifs.

Si l'on veut rapprocher notre observation de la description tracée par M. Hadden (nos 30, 31 du *Progrès*) et du cas de M. Charcot, rapporté par M. Ballet (n° 30), on verra de suite qu'il s'agit, chez Thén..., de la même maladie. L'ensemble des symptômes notés du côté de la peau, aujourd'hui moins marqués qu'il y a dix mois, grâce à un traitement tonique et à une meilleure hygiène, ne nous paraît laisser aucun doute à cet égard.

L'aspect de notre malade, qui ressemble à un crétin, avait frappé M. W. Gull qui a décrit cette affection sous le nom d'*œdème crétinoïde.* Parmi les autres symptômes, nous relèverons simplement l'état de la température qui est abaissée au-dessous du chiffre normal.

Jusqu'ici, nous ne connaissons que 17 cas de cachexie pachydermique : 5 de M. W. Gull, 5 de M. Ord, 4 de M. Charcot, 1 de MM. Charcot et Thaon, 1 de M. W. Hammond, et le nôtre. Tous, sauf deux, ont été observés chez des femmes (1). (Extrait du *Progrès médical*, 1880, n° 36, p. 728.)

(1) Pour compléter l'historique, nous citerons: Thaon. *De la cachexie pachydermique* (*Revue mensuelle de méd. et de chirurgie*, 10 août 1880). W. Hammond. — *On myxœdema, with special reference to its cerebral and nervous symptoms.* (*St-Louis Clin. Record*, n° 4, 1880). Ireland. — *On Idiocy.*

III.

Un idiot jeûneur ; par BOURNEVILLE.

L'*abstinence*, plus ou moins prolongée, s'observe dans des conditions bien diverses et sous l'influence de causes très variées. Les *mystiques* en ont offert des exemples nombreux, sinon toujours très authentiques ; nous citerons, parmi les orthodoxes, François Barberon, plus connu sous le nom de St. François d'Assises ; —parmi les jansénites, François de Pâris ou le diacre Pâris.

Les *hystériques*, saintes ou profanes, peuvent rester un temps assez long sans manger ; parfois, à la maladie s'ajoute la supercherie ; à ce groupe, appartiennent Louise Lateau, la stigmatisée belge, Sarah Jacob, la jeûneuse du pays de Galles, etc.

Les *aliénés*, atteints de *stupidité* ou de *mélancolie avec stupeur*, refusent de manger et, durant des semaines, des mois, la vie n'est maintenue que par une alimentation artificielle très souvent insuffisante.

Le Dr *Tanner*, dont tout le monde s'occupe aujourd'hui, a inventé une nouvelle variété, qui probablement n'est pas appelée à embrasser de nombreux cas : c'est ce qu'on pourrait appeler l'*abstinence expérimentale*. Il y a enfin l'*abstinence forcée* des naufragés, des personnes emprisonnées par des éboulements, etc.

Le fait que nous allons rapporter n'appartient à aucune des catégories qui précèdent et, s'il n'est pas unique en son genre, nous sommes porté à croire que les exemples analogues sont très rares.

OBSERVATION. — *Père alcoolique? — Frayeur au 5e mois de la grossesse. — Dents à la naissance. Convulsions fréquentes à partir du 2e jour. — Hernie. — Epilepsie. — Scrofule. — Troubles de la digestion pendant les* 18 *premiers mois. — Accès de jeûne variant de* 3 *à* 28 *jours : Symptômes; — Abaissement de la température, etc. — Etat du malade en janvier* 1880 *et à la fin d'août. — Amélioration considérable sous l'influence du traitement. — Disparition des accès de jeûne et des accès d'épilepsie.*

Duf... Arthur, est entré à Bicêtre le 4 septembre 1876. Il est âgé actuellement de 12 ans.

Renseignements fournis par sa mère (2 avril 1880). — *Père*, enfant naturel, 55 ans, peintre en voitures; il est fort, très grand, bien portant; il a eu, étant soldat, des fièvres intermittentes; excès de boisson mensuels; pas d'accidents nerveux.

Mère, 45 ans, frangeuse, assez intelligente, est sujette à des céphalalgies et à des éruptions eczémateuses. Elle est nerveuse, mais n'a pas eu d'attaques de nerfs. [Père et mère morts du choléra en 1849. — Sœur morte à 6 ans, elle avait des accès d'épilepsie. — Neveu sourd-muet, intelligent.] Il va de soi qu'on ne peut invoquer la consanguinité, le père étant enfant trouvé de Paris et la mère étant née à Metz.

6 enfants et une fausse couche à 4 mois : 1° Enfant mort-né à 8 mois, après une chute; — 2° fille, 23 ans, intelligente (Elle a eu 3 enfants, l'un, mort à 5 mois, ne semblait pas intelligent; — un autre a succombé à des convulsions, il avait 15 jours; le dernier est intelligent); — 3° garçon mort de diarrhée à 2 mois et demi; — 4° fille, 19 ans, bien portante; elle a eu des convulsions à l'époque de la dentition; — 5° garçon, 17 ans, bien portant; — 6° notre malade; — 7° garçon mort-né, à 8 mois.

Pendant qu'elle était enceinte de notre malade, sa mère a eu, au 5e mois, une frayeur assez vive, étant dans la rue : elle s'est sauvée, ne savait plus ce qu'elle faisait; elle a eu un étourdissement, une faiblesse, et on a dû la coucher. Pendant quelques jours, elle était comme anéantie. — L'accouchement a eu lieu à terme; il a été naturel.

A la naissance, D... était très petit : *il avait une des incisives inférieures* (1); une autre a percé 16 jours plus tard.

(1) On voit que, contrairement à un préjugé très répandu, il n'y a pas que les hommes de génie qui aient des dents à la naissance.

Dès le second jour, il a eu des *convulsions* qui ont duré une heure et demie ; pendant deux mois, les convulsions ont continué tous les jours, ensuite elles se sont éloignées. Vers le 8e jour, on a constaté une *hernie* dans l'aine gauche et on l'a attribuée aux convulsions. A partir de 10 ou 11 mois, jusqu'à 2 ans, D... n'a plus eu de convulsions. — A 5 mois, fluxion de poitrine.

D... était élevé au sein par sa mère ; chaque fois qu'il tétait, il vomissait, et il en a été ainsi jusqu'à 18 mois ; aussi était-il très maigre. Puis, les vomissements sont devenus plus rares. Il a été sevré à 22 mois.

La *dentition* a commencé, ou mieux a continué, à 6 mois ; elle s'est faite régulièrement. (Les 2 premières dents sont tombées à 6 ans).

A 2 ans, les convulsions ont reparu sous forme d'*accès* ; il en avait quelquefois 3 ou 4 en 24 heures ; d'autres fois, il y avait un répit de quelques semaines. A 6 ans, il a eu une *fièvre typhoïde* à la suite de laquelle il est resté six mois sans avoir d'accès. Durant la convalescence, il est survenu une éruption d'*impétigo* sur tout le corps, laquelle a persisté 5 mois. Est-ce à cette dermatose ou à la fièvre typhoïde qu'il faut attribuer la suspension des crises ?

D... était âgé d'un peu plus de 2 ans quand il a eu son *premier accès de jeûne* : il est resté *trois semaines* sans manger ; il ne prenait absolument que de l'eau ; tous les moyens employés pour lui faire prendre des aliments furent inutiles ; sa mère parvint toutefois à lui faire avaler du bouillon de poulet sans sel : il le buvait, croyant que c'était de l'eau.

Le *second jeûne* s'est produit à 7 ans. De 7 ans à 8 ans et demi, il en aurait eu 4 ou 5 autres, se montrant préférablement après des accès d'épilepsie qui étaient, d'ailleurs, rares. Le plus *long jeûne* a duré *vingt-huit jours*. Durant ce temps, il n'a pris que de l'eau et du bouillon de poulet, sans sel, et n'aurait pas eu une seule garde-robe. Les urines étaient très peu abondantes. Il n'y avait jamais de vomissements. Les autres jeûnes ont varié entre 10 et 18 jours. Dans tous ses jeûnes, il restait couché, ne paraissant avoir ni fièvre, ni douleur. Dès que le jeûne était fini, il mangeait de tout, hormis des mêts sucrés ; on avait de la peine à le rassasier ; ses urines étaient comme du plâtre ; les garde-robes reparaissaient. Elles étaient, comme toujours, involontaires. Il n'avait pas d'incontinence nocturne des urines. Il a eu la rougeole à 3 ans ; de l'impétigo du cuir chevelu et de fréquentes ophthalmies. — Ni vers, ni onanisme.

D... est affectueux ; quand ses parents viennent le voir avec des amis, il les embrasse d'abord; dans le service, il témoigne de l'affection à tous ceux qui s'occupent de lui. Il n'est pas gourmand; parfois, il refusait de boire du vin rouge, puis, si on l'avait laissé libre, il en aurait bu plus que de raison. Il aimait beaucoup à barbotter dans l'eau. Il avait quelques petites manies : ainsi, il n'aimait pas entendre le bruit des aliments qui bouillaient ; il soulevait le couvercle et mettait de l'eau dans le vase. — Il était incapable de s'habiller.

1879. 13 *octobre*. — Au dire de M. Agnus, surveillant du service, D... aurait eu de temps en temps des *jeûnes* qui duraient une huitaine de jours. Le dernier a eu lieu il y a trois semaines. On a remarqué que, quand ils étaient rapprochés, ils étaient plus courts.

14 *octobre*. — Hier soir, sans cause connue, D... a refusé de manger. (D'habitude, il mange beaucoup, surtout de la viande.) Ce matin, il n'a pas voulu se lever. — Aux question qu'on lui adresse, il répond par signes. Il a eu une selle hier et une ce matin. Il ne boit que de l'eau. — P. 80-84 ; T. R. 36°,4. — *Soir* : T. R. 37°,2.

15 *octobre*. — Nous essayons de lui faire prendre du lait, il trempe le doigt dans le vase, le porte à sa bouche et repousse le verre avec une expression de dégoût. Caresses, promesses ou menaces, ne peuvent vaincre sa résistance.

La langue est légèrement chargée; on lui donne de l'eau : il la regarde, prend le verre avec ses deux mains, boit avec avidité; quand il a vidé le verre, sa physionomie exprime la satisfaction. Pas de vomissements ni de selles. L'examen des divers organes ne dénote rien d'anormal. P. 80-84 ; T. R. 36°,8. — *Soir*: T. R. 37°,4.

16 *octobre*. —Hier soir, D. a demandé de la viande, qu'il a mangé avec une certaine voracité. — Il est gai ; le sommeil paraît régulier. T. R. 37°,6. — *Soir* : T. R. 37°,6.

17 *octobre*. — T. R. 38°,4.

24 *octobre*. — Depuis le 16, D... avait mangé comme d'ordinaire. Hier, à midi, il a refusé de manger ; le soir, on a pu lui faire avaler un peu de soupe. Il ne veut parler que par signes. Physionomie triste; coloration violacée du nez ; il se ratatine dans son lit ; les mains sont croisées en avant du cou. — T. R. 36°,6. — *Soir* : T. R. 37°,2.

25 *octobre*. — Refus absolu de manger. Il pesait 20 kilog., le 13 octobre ; il ne pèse plus que 19 kilog. 2. — T. R. 36°,6. — *Soir* : T. R. 36°,8.

26 *octobre.* — Même état. T. R. 36°,8. — *Soir* : T.R. 37°. Le jeûne a cessé aujourd'hui.

27 *octobre.* — T. R. 37°,2. D... continue à manger.

28 *octobre.* — *Matin* et *soir* : T. R. 38°.

29 *octobre.* — T. R. 37°,6. — *Soir* : T. R. 38°.

30 *octobre.* — T. R. 37°,2. — *Soir* : T. R. 38°.

Du 1er au 5 novembre, nouveau jeûne, offrant les mêmes caractères. Nous avons essayé de faire boire à l'enfant du vin blanc mélangé à l'eau ; ce n'est que le dernier jour que nous avons réussi. — D... a eu 3 accès d'épilepsie le 2 octobre et n'en a pas eu dans le reste du mois.

1880. *Etat du malade.* — La tête est assez régulièrement conformée ; la bosse occipitale un peu saillante ; le front, assez haut et bombé, est déprimé sur les côtés ; les arcades surcilières sont assez saillantes. Le nez est petit, régulier ; — les oreilles et les yeux ont une conformation normale. Conjonctivite et blépharite ciliaire. La bouche est assez large ; les lèvres ont une épaisseur moyenne. Les arcades dentaires sont irrégulières en ce sens que les incisives médianes sont implantées obliquement. — La voûte palatine paraît symétrique ; elle est profonde légèrement ogivale.

Le *tronc* et les *membres* sont bien conformés. — Le testicule droit n'est pas descendu. — Les cheveux châtains sont assez abondants. — Les cils sont longs et blonds. — Quelques glandes au cou ; — pas d'éruption cutanée.

Il se sert d'une cuiller et ne sait pas manier la fourchette et le couteau. Il ne veut pas boire de vin. — Il est gâteux, malpropre, incapable de se laver les mains et le visage. — D'ordinaire, il reste dans un coin, inerte, les mains entrecroisées sur le cou. — La *parole* est à peu près nulle ; D... ne prononce que quelques monosyllabes.

26 *janvier.* — L'enfant est envoyé à la petite gymnastique que nous avons fait installer par M. Pichery.

Février-Mars. — D... est plus gai, plus actif. Il a perdu son ancienne habitude de placer ses mains sur son cou. Il est très obéissant, mais très curieux et se dérange souvent dès qu'il entend du bruit au dehors. Il excite les autres enfants à travailler à la gymnastique et essaie de répéter les commandements : en avant, en arrière, en position, etc.

Avril. — D... ne gâte plus. Il répète les lettres de l'alphabet, trace des bâtons sur l'ardoise. Parfois, petits accès de colère, quand ses camarades le taquinent ; il n'est ni méchant, ni grossier. Il boit maintenant du vin ; il a l'amour de la propriété, ne veut se servir que de son gobelet et de la

balançoire qu'il a distinguée. Il prend du lait et des aliments qu'il refusait autrefois.

Du 13 au 20 *mai*. — *Broncho-pneumonie*.

31 *juillet*. — Impétigo développé autour d'une plaie de la tempe droite.

Août. — Il commence à se servir de la fourchette; au réfectoire, il met la bavette aux autres enfants. — La parole s'est améliorée; il dit : *lerci* pour merci ; — *taté*, pour café; — *ola*, pour chocolat; — *afitures*, pour confitures; — *papa*, *maman*, *pain*, *vin*, *bonjour*, etc. Par signes, il sait expliquer beaucoup de choses. — Voyant qu'il allait mieux et qu'il était propre, ses parents le font sortir; rentré, il essaie de raconter ce qu'il a vu. Il y a un véritable réveil chez cet enfant. — Il pesait 20 kilog. le 13 octobre; le 21 août, il avait atteint le poids de 25 kilogr. 200. Sa taille, qui était de 1^{m}12, est maintenant de 1^{m}16.

Il avait eu 118 accès d'épilepsie en 1877, et 76 en 1878; il n'y en a eu que 34 en 1879, et à partir du jour où il a été soumis au traitement (1), il n'en a plus eu, c'est-à-dire depuis *dix mois*.

Cet enfant s'est considérablement amélioré sous l'influence du traitement que nous avons institué. Il fait, à la gymnastique Pichery, les exercices suivants : marche en avant et en arrière, une échelle de corde tenue de chaque main; extension du corps en avant et en arrière, — flexion du côté droit ou du côté gauche; — ascension à l'échelle; — balançoire, etc. Les mouvements des mains se sont régularisés; la préhension s'effectue bien; les membres sont devenus plus souples. Étant monté aux échelles, les pieds dégagés, il se laisse tomber au signal.

Placé sur le vase à des heures régulières, 4 fois par jour, il est devenu propre et on a pu remplacer la robe de gâteux par un pantalon, ce qui l'a rendu très heureux. Il sait se servir assez convenablement d'une cuiller et d'une fourchette et il mange assez proprement.

Les points sur lesquels on a insisté sont les suivants : assouplir les mouvements, exercer les mains, traiter le gâtisme. De plus, on a cherché à perfectionner la pa-

(1) Il a, de plus, un traitement antiscrofuleux : huile de foie de morue, sirop d'iodure de fer et deux bains salés par semaine.

role, en lui faisant prononcer les lettres de l'alphabet, des monosyllabes, puis des mots un peu plus compliqués. Peu à peu, il a fait des progrès et cherche à expliquer ce qu'il a vu dans des promenades qu'on lui a fait faire.

Notons que, grâce aux soins dont il est l'objet, les *accès d'épilepsie* et les *jeûnes* ont disparu : il n'en a pas eu un seul depuis dix mois.

Nous avons tenu à donner les détails qui précèdent parce qu'ils démontrent d'une manière évidente l'efficacité d'un traitement méthodique de l'idiotie. Revenons maintenant au *jeûne*.

Dès les premiers mois de la vie, cet enfant a présenté des *troubles de la digestion*, consistant surtout en des vomissements quotidiens. Le premier jeûne a eu lieu vers 2 ans et demi, et, à partir de ce jour, D... en a eu un certain nombre d'autres, qui ont varié de 3 à 28 jours. Nous n'avons observé personnellement que des *jeûnes* très courts et nous n'avons pu relever que quelques particularités, entre autres l'*abaissement de la température*. L'examen des urines, le dosage de l'urée étaient impossibles.

Quelle est la cause de ces singuliers jeûnes? Nous l'ignorons; mais, ce qu'il y a de certain, c'est que l'enfant n'offrait aucune maladie organique qui pût les expliquer, et, en raison de l'*idiotie*, il est impossible d'invoquer l'influence d'idées mystiques ou d'idées mélancoliques (1). (Extrait du *Progrès médical*, 1880, n° 36, p. 708.)

---

(1) Siméon de Provenchères, médecin du Roy, a publié à Sens, en 1616, un petit volume écrit dans un style très-confus, intitulé : *Histoire de l'inappétence d'un enfant de Vauprofonde près Sens, de son désistement de boire et de manger quatre ans unze mois, et de sa mort.* Il croit à l'authenticité du cas! Il s'agissait d'un enfant intelligent et non d'un idiot.

IV.

Note sur un cas d'hystéro-épilepsie;

Par Bourneville et d'Olier.

Ayant eu l'occasion d'observer, cette année, à Bicêtre, dans le service des épileptiques, un certain nombre de malades, enfants et adultes, présentant des attaques d'hystérie nettement caractérisée, nous avons le dessein d'utiliser prochainement ces nouvelles observations dans une étude d'ensemble sur l'*hystérie chez l'homme*.

On sait que l'existence de l'hystérie chez le sexe masculin a été longtemps mise en doute; l'utérus étant encore considéré au commencement de ce siècle comme le point de départ incontestable des convulsions hystériques, l'homme devait nécessairement en rester indemne. Landouzy fut un des derniers représentants de cette théorie, qui, déjà sérieusement combattue par Briquet, a été définitivement renversée par la série considérable des observations publiées, autant que par la doctrine médicale contemporaine, qui ne permet plus de rapporter les phénomènes encore *sine materia* des névroses à d'autres organes que ceux de l'appareil encéphalo-rachidien.

Quoiqu'il en soit, s'il n'y a plus guère aujourd'hui qu'à réunir les nombreux documents épars dans les recueils pour constituer l'histoire de l'hystérie chez l'homme, il faut bien dire aussi que la plupart des descriptions données par les auteurs sont très incomplètes, et l'on conçoit facilement qu'elles aient paru jusqu'ici insuffisantes pour

assimiler absolument l'hystérie de l'homme à celle de la femme. — Ainsi que nous le montrerons, il n'en est pas de même pour nos malades, chez lesquels on peut suivre, période par période, l'évolution des *grandes attaques*, depuis longtemps décrites à la Salpêtrière, chez lesquels aussi on retrouve les troubles de la sensibilité avec leurs modifications par les agents esthésiogènes, etc. Il n'est pas jusqu'à l'hyperesthésie ovarienne qui n'ait son analogue au point de vue anatomique dans une hyperesthésie testiculaire et au point de vue topographique dans une *zone hystérogène iliaque*, dont la compression a plus d'une fois suffi pour arrêter des attaques. On sait que la compression du testicule a été aussi quelquefois essayée avec succès. Au total, l'hystérie, sauf peut-être pour les troubles particuliers de la sensibilité morale, plus spéciaux à la femme, est la même dans les deux sexes.

L'observation suivante, détachée de notre travail, montre nettement l'identité des attaques et des troubles de la sensibilité.

Observation. — *Antécédents névropathiques du côté du père.—Scrofule ; séjour à Berck et à la Roche-Guyon.— Frayeurs suivies de crises convulsives. — Entrée à Bicêtre (Novembre 1879).—Hémianesthésie droite portant sur la sensibilité générale et spéciale; dyschromatopsie. Zones hystérogènes multiples. — Description générale des attaques : Prodromes et aura; Convulsions présentant les trois périodes : épileptoïde, clonique et délirante de l'hystéro-épilepsie; attaques spontanées et provoquées; arrêt possible des attaques par la compression des zones hystérogènes. Absence d'élévation de la température et intégrité de l'intelligence. Coïncidence d'accès épileptiques ? Transfert de l'hémianesthésie par les bracelets métalliques et les aimants.— Influence de la maladie sur le développement. — Guérison par l'hydrothérapie.*

Lam., Alfred, âgé de 13 ans, est entré à la section des enfants épileptiques de Bicêtre (service de M. Bourneville) le 26 novembre 1879, pour des « accès d'épilepsie »

Antécédents. (Renseignements fournis par le père et la mère. Décembre 1879.)

Père, 46 ans, musicien ambulant; devenu aveugle à l'âge de 8 ans à la suite d'une ophthalmie purulente; est entré aux Quinze-Vingts en 1874. Pas d'excès de boisson ni de maladies de peau; blennorrhagie à 18 ans. Il a été admis à Bicêtre comme aveugle en 1854 et en est sorti parce qu'il s'ennuyait beaucoup. — Très nerveux, violent et méchant. (Chez lui, on l'appelait « mitaine » par abréviation de croquemitaine, et ses enfants en avaient peur). Pas d'attaques de nerfs ni de migraines, mais douleurs de têtes fréquentes. Il aurait eu une fièvre typhoïde, un érysipèle et la teigne; intelligence moyenne. [*Père* mort d'une hernie étranglée; pas d'excès. — *Mère* morte d'une attaque d'apoplexie en 7 ou 8 heures. Pas de frères.—Trois *sœurs* dont une morte de péritonite puerpérale; une autre (Lam. Eugénie) est morte à la Salpêtrière en 1879 (1); la troisième est presque aveugle par suite d'ophthalmies; elle n'a pas d'attaques de nerfs, mais elle est violente. Un oncle (Guillaume Lam.) est depuis son enfance à l'asile de Dijon : il n'a jamais su se guider seul. — Pas d'autres épileptiques, ni de difformes, ni de suicides dans la famille.)

Mère, 43 ans, fait des ménages depuis qu'elle n'a plus son mari à conduire; peu intelligente; il faut la guider comme un enfant; n'a pu rien apprendre à l'école. C'est son mari qui lui a appris à lire à peu près en lui faisant épeler les enseignes. Quand il l'a connue, un maçon avait déjà abusé d'elle et lui avait « donné la maladie. » (?) Elle avait des boutons aux parties génitales et des pertes blanches, mais lui serait toujours resté indemne; elle aurait eu quelques douleurs névralgiques dans les mâchoires, mais pas de maladies de peau, d'adénites inguinales, de plaques muqueuses ni d'alopécie; mariée à 18 ans. [*Père* devenu aveugle à 61 ans par suite d'ophthalmie purulente; — sobre et doux, on l'appelait « le mouton »; il habite les Quinze-Vingts]. Pas d'aliénés ni de difformes de ce côté.

Onze enfants : 1° Garçon, 23 ans, marié, intelligent, n'a

(1) Cette fille serait devenue épileptique à la suite d'une émotion vive dans les circonstances suivantes : vers l'âge de 16 ans, comme elle s'était un jour avisée de voler un sou à sa maîtresse, le fils de celle-ci tenta d'abuser d'elle, la menaçant de la dénoncer si elle refusait de céder à ses désirs. Rentrée chez elle, le soir, elle était très préoccupée de cet incident, lorsqu'une voisine entra tout à coup dans la chambre; elle crut que c'était sa maîtresse et fut prise d'une violente frayeur; néanmoins, elle n'eut pas encore d'accès ce jour-là; mais 15 jours après, en se levant, elle eut un *vertige*.

jamais eu de convulsions; — 2° Garçon, 17 ans, intelligent; pas de convulsions. Coxalgie double à la suite d'une chute. — 3° Garçon, 15 ans, fièvre typhoïde à 3 ans, à la suite de laquelle il aurait gardé un strabisme, opéré avec succès par M. Fieuzal. Néanmoins, on n'a jamais pu rien faire de cet enfant qui a été mis dans 18 apprentissages ; son esprit était porté au mal : kleptomanie, violences, rixes avec ses camarades. On l'a envoyé pendant 3 mois en correction aux Douaires, près de Gaillon, et il s'y est beaucoup amélioré : aujourd'hui, il travaille dans une imprimerie où l'on est content de lui; — 4° Notre malade.

5° et 6°. Filles jumelles, toutes deux atteintes à 2 ans d'une méningite à laquelle l'une a succombé; l'autre, qui a aujourd'hui 5 ans est intelligente, mais s'est développée lentement. Tous les autres enfants (filles), sont morts au-dessous de deux ans et n'auraient pas eu de convulsions.

Notre malade. Grossesse bonne, accouchement facile à terme; élevé au sein par sa mère jusqu'à 2 ans; a marché à 19 mois et parlé d'assez bonne heure; a été propre à 2 ans, mais jusqu'à 10 il a eu fréquemment de l'incontinence nocturne d'urine. Impétigo du cuir chevelu ; adénites sous-maxillaires et cervicales abcédées pour lesquelles il a fait un séjour de 15 mois à Berck. Notons en passant qu'il eut plusieurs fois, à cette époque, de grandes frayeurs la nuit : Les religieuses de l'établissement pour empêcher les enfants de bavarder dans les dortoirs y faisaient quelquefois passer un homme affublé d'un drap blanc, simulant un fantôme. Ce renseignement fourni par l'enfant explique, comme nous le verrons plus tard, diverses paroles qu'il prononce pendant la phase de délire, à la fin de ses attaques. Ophthalmies chroniques : il aurait été aveugle pendant 8 mois; pas d'otites. Eczéma aux jambes depuis un an. Rougeole à 4 ans, mais pas d'autres fièvres éruptives ; pas de convulsions.

Cet enfant a toujours été très peureux ; il fallait toujours qu'on l'éclairât pour le faire coucher dans un cabinet contigu au logement de ses parents ; il rêvait fréquemment, parlait tout haut de ses camarades, de son patron (il est apprenti cartonnier), etc. Depuis environ 2 ans, il se plaignait de temps en temps de douleurs dans le côté gauche du ventre : en même temps, il devenait pâle; toutefois, il n'avait ni vertiges, ni pertes de connaissance. — Il a été envoyé de Sainte-Eugénie à la Roche-Guyon pour le traitement de son eczéma des jambes : c'est de là qu'il écrivit pour la première fois à sa mère qu'il avait des *crises* nerveuses.

Pendant les mois de novembre et décembre 1879, il a eu

quotidiennement 3 attaques survenant ordinairement de 11 heures à 5 heures. Le passage à la préfecture a été très-pénible : l'enfant à eu grand'peur, ne comprenant pas pourquoi on le mettait en prison ; c'est là qu'il aurait eu sa plus longue crise : deux heures. Au dire du garçon qui l'a vu à ce moment, il ne prévient pas, se débat beaucoup mais sans se blesser, et semble avoir des visions ; il parle de choses et d'autres notamment d'une religieuse qu'il n'aime pas, parce qu'elle veut le mettre à la *couche* (punition qui consiste à laisser l'enfant 8 jours au lit). Les crises se terminent généralement par des pleurs. Pas de folie ; les nuits sont calmes ; l'intelligence ne paraît pas s'être modifiée. Pas de kleptomanie. Sentiments affectueux assez développés.

Examen physique (11 février). Tête régulière, sans prédominance des parties postérieures ; front assez haut et large ; oreilles bien conformées et symétriques. Rien de particulier du côté de la voûte palatine ni des arcades dentaires. Il n'existe pas d'asymétrie faciale appréciable. Lèvres un peu volumineuses, surtout la supérieure qui est légèrement proéminente. Physionomie exprimant la douceur, le contraire en quelque sorte du facies des épileptiques.

Rien de spécial à noter du côté des appareils digestif, respiratoire, circulatoire et génito-urinaire. Tous les organes paraissent normaux et les diverses fonctions s'accomplissent régulièrement.

Sensibilité. L'état actuel de la sensibilité s'est modifié à plusieurs reprises sous l'influence des attaques et des divers agents thérapeutiques employés.

A l'époque de la première exploration (27 janvier), on observa une *hémianesthésie droite*. Le surlendemain 29, après de nombreuses attaques, on constata que la fosse iliaque gauche présentait une sensibilité particulière à la pression, en même temps qu'il existait une hémianalgésie gauche complète, avec des plaques d'anesthésie disséminées du même côté. Ainsi, l'hémianesthésie s'était déplacée. A cette époque, la perception des couleurs était à peu près normale.

11 *février*. — A un nouvel examen, on constate une hémianesthésie droite : insensibilité au pincement, au chatouillement et au froid. Lorsqu'on explore la sensibilité avec une épingle sur l'abdomen, on voit que l'anesthésie dépasse un peu la ligne médiane du côté gauche en avant ; en arrière, elle y reste exactement limitée. On constate, en outre, des *zones d'hyperesthésie* dans les points suivants :

1° au niveau de la 5e apophyse épineuse dorsale; la douleur à la pression est surtout marquée dans la gouttière vertébrale à gauche de l'apophyse plutôt que sur l'os même; 2° au niveau des 3e et 4e apophyses épineuses lombaires; la douleur est là encore plus marquée dans la gouttière du côté gauche ; 3° dans la fosse iliaque gauche vers le milieu d'une ligne qui joindrait l'ombilic au milieu de l'arcade crurale.

Du côté des organes des sens, on observe que l'*ouïe* est conservée des deux côtés, mais notablement diminuée à droite; la *vue* est également modifiée à droite où il existe de la dyschromatopsie pour certaines couleurs; ainsi pour le *vert* qui est vu *noir* et pour le *rose clair* que le malade prend pour du *violet foncé*. Les autres couleurs sont perçues normalement. La conjonctive droite est sensible. Le *goût* est aboli du côté droit; l'anesthésie porte sur la moitié droite de la langue et de la muqueuse buccale. L'*odorat* est également aboli à droite.

21 *février*. On découvre une nouvelle zone d'hyperesthésie située sur le crâne au niveau du bregma; la moindre pression et même le simple frôlement des cheveux, à ce niveau, détermine les phénomènes de l'aura, puis une attaque présentant tous les caractères de l'attaque spontanée telle qu'elle sera décrite ci-dessous. Nous avons pu ainsi en produire à plusieurs reprises et les arrêter à volonté en exerçant avec le doigt une forte compression sur la zone hystérogène (*clou hystérique*).

Cet état de la sensibilité persista sans se modifier notablement jusqu'au mois d'août. Les derniers renseignements recueillis en juin sont les suivants : persistance de l'hémianesthésie droite comprenant les muqueuses; rien de nouveau du côté des organes des sens.

Zones hystérogènes.—Zones iliaques de la grandeur d'une pièce de 5 fr.; l'enfant dit que la pression en ces points lui produit une sensation d'oppression et de constriction au cou; la zone du *flanc gauche* (côté sensible) présente la dimension d'une pièce de 5 francs et est insensible ; au contraire, la zone du *flanc droit*, de la largeur d'une pièce de 50 centimes, est sensible; la *rachialgie* persiste au niveau des 4e et 5e dorsales; mais son point maximum, qui était dans la gouttière vertébrale gauche, est passé à droite de sorte qu'en ce point et d'ailleurs dans presque toute la hauteur de la colonne vertébrale l'hémianesthésie droite n'arrive plus tout à fait jusqu'à la ligne médiane. Enfin, on constate deux nouvelles zones d'environ un centimètre de diamètre et placées

symétriquement de chaque côté, dans le troisième espace intercostal, au niveau d'une ligne verticale passant par le mamelon. Celle du côté droit (côté de l'hémianesthésie) est insensible ; au niveau des autres, la peau a conservé sa sensibilité. La pression sur un de ces points détermine une douleur lancinante, s'irradiant transversalemcnt vers le point symétrique.

Nous reviendrons plus loin sur l'état de la sensibilité en rendant compte des expériences que nous avons faites sur ce malade avec divers agents esthésiogènes, bracelets métalliques, aimants, hydrothérapie, etc.

Nous trouvons dans les antécédents personnels de ce jeune garçon une série de conditions analogues à celles qu'on observe chez les jeunes filles devenues hystériques : impressionnabilité très vive, troubles du sommeil (1), etc. La douceur de sa physionomie forme un contraste frappant avec la dureté d'expression de la plupart des épileptiques.

Avant de poursuivre l'exposé de l'observation, nous devons signaler à l'attention du lecteur les *symptômes permanents de l'hystérie*, à savoir : l'*hémianesthésie*, intéressant à la fois la sensibilité générale et la sensibilité spéciale ; — les *points* ou *zones hystérogènes*, se présentant absolument avec les caractères que l'on rencontre chez les femmes hystériques (2).

Nous venons d'indiquer l'analogie qui existe entre les symptômes permanents présentés par notre jeune garçon et ceux que l'on rencontre chez les femmes hystériques. Comme on va le voir, par la description des attaques, l'analogie ne se borne pas à ces symptômes.

Description des attaques. — Nous avons pu observer

(1) Les troubles dn sommeil chez les hystériques ont été décrits minutieuse ment dans l'*Iconographie photographique de la Salpêtrière*, t. III.

(2) M. Charcot a parlé maintes fois dans ses leçons des zones hystérôgènes. L'un de nous, utilisant l'enseignement de M. Charcot et y ajoutant un certain nombre de faits nouveaux, a publié une sorte de monographie sur ce sujet. (*Iconogr. phot. de la Salpêtrière*, t. III, p. 36-88 ; nov. 1879 — avril 1880).



nous-mêmes un assez grand nombre d'attaques spontanées, et quelques attaques provoquées, une note plus ou moins complète a été, chaque fois, ajoutée à l'observation. Il serait évidemment fastidieux de relater à la suite les unes des autres les descriptions d'attaques qui, toutes, peuvent être rapportées pour la marche, à un type invariable, et ne diffèrent les unes des autres que par l'absence ou la présence de phénomènes d'importance secondaire et par la durée des diverses périodes, parfois très fugaces et presque insaisissables. Il nous a donc paru préférable, pour fixer les idées et éviter les redites, de présenter d'abord en un tableau général, sorte de synthèse de toutes les descriptions partielles, la description de ce que pourrait être une *attaque complète.* Nous pourrons ensuite rétablir l'ordre naturel des faits en donnant la relation de quelques attaques spontanées ou provoquées.

Prodromes et aura.— Les prodromes sont exceptionnels et l'enfant ne peut jamais dire plusieurs heures d'avance s'il va avoir une attaque, mais il lui est arrivé plusieurs fois d'être obsédé de cauchemars pendant la nuit et d'être réveillé à cinq heures du matin par une attaque.— Le plus souvent, il est prévenu quelques secondes à l'avance par une *aura* qui consiste en une douleur assez violente, siégeant vers la tempe droite et s'accompagnant de sifflements dans les oreilles, surtout à droite; dans les premiers mois de sa maladie, l'enfant n'accusait pas d'autres phénomènes prémonitoires : ni troubles de la vue, ni laryngisme, ni constriction épigastrique; c'est en janvier qu'il a mentionné pour la première fois la sensation d'une *boule* qui, se formant derrière le rebord des fausses côtes gauches, remonte jusqu'à la hauteur de la fourchette sternale où elle cause une grande oppression; en même temps, la vue se brouille et l'enfant voit comme des *flammes rouges*, surtout de l'œil gauche; de plus, il éprouverait une sensation de brûlure au niveau de la zone bregmatique. A ce moment, ses oreilles sifflent, les idées se troublent, il ne voit plus, et, s'il est debout, il tombe tantôt en avant, tantôt en arrière; il ne s'est jamais blessé dans ses chutes; enfin, pendant la durée très courte de l'aura, il ne peut parler et n'a jamais le temps de prévenir.

Attaque. — 1° Elle débute invariablement par un état de rigidité générale, par du trismus et par de petits mouvements convulsifs limités à la face; les paupières clignent rapidement et il existe du nystagmus; dans d'autres cas, la

face se dévie à droite et les yeux se trouvent dès le début convulsés en haut du même côté ; quelquefois les pupilles sont un peu dilatées.

Quelques instants plus tard, la rigidité augmente, la tête se porte dans l'extension, les membres inférieurs sont étendus et rigides, les membres supérieurs, en extension et pronation forcées, se rapprochent de la ligne médiane. Les mains déjà fermées, les pouces en dedans durant la phase précédente sont violemment contractées.

Bientôt les mouvements des paupières augmentent d'étendue, la face devient grimaçante, les commissures labiales sont à plusieurs reprises violemment attirées en arrière, puis les convulsions se propagent aux membres où elles sont ordinairement constituées par quelques petites secousses tétaniformes d'un côté. Dès cette période de rigidité, nous avons quelquefois vu le malade présenter un opisthotonos assez marqué pour qu'on pût facilement passer la main entre la colonne lombaire et le plan du lit. Cette première période ne s'accompagne pas d'écume ni de stertor. La durée totale est d'une minute environ, puis elle est suivie d'un *repos* très court pendant lequel la rigidité persiste à un degré suffisant pour qu'on ne puisse que difficilement relever les bras qui restent appliqués le long du corps. (*Période épileptoïde*).

2° *P. clonique* (*clownisme*). Ensuite les grands mouvements commencent : ce sont d'abord des mouvements de moulinet exécutés par les bras à plusieurs reprises : les poings, brusquement portés au-dessus de la tête, vont frapper l'oreiller puis sont reportés le long du corps. D'autres fois, le malade exécute rapidement une série de mouvements d'extension et de flexion du tronc et des jambes ; le tronc et la tête se redressent et s'inclinent en avant ; simultanément, les membres inférieurs sont fléchis et les genoux ramenés sous le menton ; puis la tête, violemment rejetée en arrière, va s'enfoncer dans l'oreiller en même temps que les membres inférieurs s'étendent et que les pieds vont frapper l'autre extrémité du lit secoué par cette agitation désordonnée. C'est à ce moment que l'on observe dans toutes les attaques un certain nombre d'*arcs de cercle* plus ou moins complets. La tête et les pieds reposant sur le lit, le corps se soulève en arc à une hauteur variable que nous avons une fois trouvée supérieure à 0,40 cent. (1). Quelquefois, il arrive que le malade ne garde

(1) La taille de l'enfant n'étant que de 1m27, cette hauteur est proportionnellement considérable.



pas l'équilibre dans cette situation et tombe de côté sur le lit, mais sa position en arc n'en persiste pas moins ; elle peut durer jusqu'à 10 ou 15 secondes et se reproduire plusieurs fois avec des intervalles de grands mouvements.

3° *P. de délire.* — Enfin, le malade retombe définitivement sur le lit ; la rigidité a diminué mais existe encore aux membres supérieurs. Tout à coup, L... pousse des cris violents : « non, non !.... » en même temps que sa physionomie exprime tour à tour la douleur, la joie ou la terreur ; les globes oculaires roulent dans les orbites, les lèvres sont agitées d'une sorte de frémissement, la respiration est fréquente et bruyante ; l'enfant gémit, pousse des cris de rage, se redresse, frappe le lit, puis retombe. — Dans une autre attaque, il s'écrie : « Maman, je veux me tuer, » puis il cherche à se mordre, et un instant après : « Je le vois ! je le vois ! » et il fait le geste du doigt. Ailleurs, gémissement sourd et mâchonnement continuel entrecoupés de grands cris d'effroi. Une autre fois, il parle de son frère « qui veut le tuer avec une chaise », ensuite d'une religieuse qui a un grand voile blanc jeté sur la tête et veut lui faire peur (souvenir du fait de Berck). Pas de visions d'animaux. A cette période, l'enfant paraît comprendre ce qu'on lui dit, mais il ne peut répondre ; à la fin, toute rigidité a disparu, la face est vultueuse.

Terminaison. Lorsqu'il s'agit de la dernière attaque d'une série, le délire est suivi de quelques instants de calme, puis le malade ouvre les yeux, demande à boire et se plaint de mal de tête. La résolution musculaire est complète ; il peut avaler quelques gorgées d'eau et comprend ce qu'on lui dit. Les pupilles sont légèrement dilatées. — T. R. 37°,2. Généralement, après ce premier réveil, le malade s'endort d'un sommeil très calme pendant environ un quart d'heure. Il se lève ensuite et peut aussitôt marcher sans ressentir autre chose que de la fatigue et quelquefois des sifflements dans les oreilles. Reprise deux ou trois heures après l'attaque, la température ne dépasse pas 37°,5. Lorsqu'il est tout à fait revenu à lui, l'enfant se souvient nettement de ses rêves et les raconte.

Tel est le tableau général des attaques présentées par notre malade. Il n'est pas besoin d'insister pour faire reconnaître dans les trois périodes que nous venons de décrire, les trois périodes épileptoïde, clonique et délirante de la grande attaque hystérique chez la femme (1). Il nous faut

(1) Consulter sur ce point les leçons de M. Charcot, (t. I, 4e édition).

maintenant montrer en quoi les diverses attaques observées se rapprochent ou diffèrent de la description précédente.

A. Attaques spontanées. — 26 *janvier.* Série d'attaques se succédant à environ une demi-minute d'intervalle : 1° Elles débutent par des convulsions de la face qui s'étendent bientôt au corps entier. Les bras sont ramenés près du tronc, les avant-bras fléchis, et sont presque aussitôt portés au-dessus de la tête pour exécuter un mouvement de moulinet. 2° Ce mouvement précède immédiatement la position en arc de cercle. Dans certaines attaques, le tronc est fléchi latéralement. La *compression* successive des deux *testicules*, essayée à plusieurs reprises, n'a pas eu d'action immédiate sur les attaques ; néanmoins, elles ont cessé quelques instants après. Les yeux n'ont présenté aucune direction fixe ; la durée totale de la série a été de 35 minutes. 3° Pas de délire.

27 *janv.* Début des attaques à une heure de l'après-midi.

1re *période.* Chute, puis rigidité générale, surtout marquée aux membres supérieurs ; nystagmus et clignement des paupières ; pupilles un peu dilatées ; pouls fréquent et dur. C'est ainsi qu'a débuté la première attaque de la série et le même état se représente dans les intervalles des attaques ; l'enfant paraît alors comprendre ce qu'on lui dit, mais il ne répond pas. Au moment où une nouvelle attaque commence, on voit les mouvements des globes oculaires et des paupières devenir plus étendus et plus rapides ; si on veut écarter les paupières, on éprouve une assez grande résistance de la part de l'orbiculaire. Quelques instants après, le corps tout entier est en état de rigidité complète ; les membres supérieurs sont allongés en extension et pronation forcée, les mains fermées, pouces en dedans. Cet état de tétanisme généralisé dure environ une minute.

2e *période.* (*Clownisme*). Après un moment de calme très court, commence une période de grands mouvements pendant laquelle l'enfant agite ses membres d'une manière désordonnée et fait des bonds sur son lit ; la langue pend au dehors de la bouche, mais elle n'est pas mordue.

3e *période* (*Délire*). Après ces contorsions, l'enfant exécute une série de grimaces exprimant la joie ou la terreur.

Bientôt, commence une nouvelle attaque : de nouveau,

et l'*Iconographie photographique de la Salpêtrière,* t. I, II et III (1876-1879); Richer, thèse inaugurale, 1879.

les yeux sont agités, les lèvres et les ailes du nez animés de mouvements continuels; enfin les mâchoires sont serrées au point qu'il est impossible d'ouvrir la bouche. Ainsi nous sommes ramenés à la première période (rigidité, clignements des paupières, etc.), et une nouvelle période clonique ne tarde pas à se produire.

L'intervalle entre chaque attaque est ordinairement de 3 à 4 minutes. Cette série s'est terminée de la manière suivante : à la fin de la dernière attaque, l'enfant a ouvert les yeux, s'est plaint du mal de tête et a pu boire un peu d'eau qu'on lui offrait. Toute rigidité avait alors disparu, mais le pouls restait encore fréquent et dur. Pupilles un peu dilatées. T. R. à ce moment 37°,2. Après un quart d'heure de sommeil calme, il s'est éveillé définitivement et s'est levé ne se plaignant plus que de quelques sifflements d'oreilles.— *Soir :* T. R. 37°,2.

29 *janvier*. Attaques au moment de la visite. Rigidité générale. Membres inférieurs et supérieurs dans l'extension et un peu dans l'abduction. La tête dans l'extension forcée. Paupières closes; si on les écarte, on voit les globes oculaires dirigés en haut et un peu à droite. A un moment donné, la rigidité augmente, la face se porte vers la droite, les lèvres sont comme pincées, les mâchoires plus serrées, les bras, tout en restant dans l'extension, se rapprochent de l'axe du corps, les mains continuent à rester fermées, les pouces en dedans. Au bout de quelques secondes surviennent des grimaces de la face, des mouvements rapides des paupières, puis quelques petites secousses dans les membres. Il n'y a pas d'écume ni de stertor.

Ainsi se trouve constituée la *période épileptoïde*, qui est suivie d'un repos très court.

2° *Période clonique*, caractérisée par de grands mouvements dans lesquels le malade bat le lit : mouvements violents et rapides de flexion et d'extension du tronc et des membres inférieurs. Repos. La figure de l'enfant devient souriante.

— Dans une autre attaque avec période épileptoïde également suivie d'une période clonique à grands mouvements, l'enfant exécute une série d'arcs de cercle dans lesquels le tronc est soulevé directement en avant à une hauteur d'au moins 0,40 cent. au-dessus du plan du lit et reste quelques secondes dans cette position.

— Dans d'autres attaques, la période de délire est très net-

ment indiquée : la physionomie exprime la douleur ; cris de rage, d'effroi ; mâchonnement ; respiration accélérée. Attitudes passionnelles variées : gestes, hallucinations, interpellations et paroles entrecoupées.

Ces quelques citations, tirées textuellement des notes re-recueillies au moment même des attaques, suffiraient à en montrer le caractère ; toutefois nous rapporterons encore, pour compléter cette description, la relation de deux *attaques provoquées*.

21 *février*. Une attaque est déterminée involontairement en portant la main sur la tête de l'enfant pour explorer la zone d'hyperesthésie située au niveau du bregma ; à peine les doigts ont-ils frôlé les cheveux en ce point, qu'un état de rigidité générale se produit instantanément. La chute est prévenue et l'enfant porté sur un lit. On observe alors des battements des paupières et un état singulier de la langue qui exécute une série de mouvements de va-et-vient d'avant en arrière et finit par se contracturer dans la rétraction, la pointe touchant le palais et dirigée en arrière. Quelques mouvements cloniques et des arcs de cercle se montrent ensuite, puis le calme reparaît et tout se borne à une seule attaque. Il n'y a pas eu de période de délire.

— Une autre attaque produite dans les mêmes conditions a pu être arrêtée par la compression énergique de la zone bregmatique (*clou hystérique*).

Après ses attaques, lorsque l'enfant est revenu à lui, il rend parfaitement compte de ce qu'il a ressenti au moment où la zone hystérogène a été excitée ; il décrit alors les irradiations douloureuses, la sensation de boule et les autres phénomènes prodromiques sur lesquels nous avons insisté dans notre description générale.

Comme on le voit, les attaques provoquées ne diffèrent en rien d'essentiel des attaques spontanées.

Il nous reste à parler de la marche qu'ont suivie ces attaques et de l'épilepsie dont le malade était, croyait-on, atteint concurremment (1). La durée des séries est très variable et oscille entre une demi-heure et trois heures selon

(1) On sait, en effet, que chez un certain nombre de sujets, les deux affections marchent pour ainsi dire de pair, les crises caractéristiques de chacune d'elles se produisant alors isolément. Nous nous proposons d'attirer prochainement l'attention sur ce point particulier en ce qui concerne l'homme. Cette coïncidence a déjà été si-



le nombre des attaques qui peut aller jusqu'à 20 et plus. Elles ont été surtout fréquentes dans les mois de janvier et de février ; à cette époque, l'enfant ne passait guère deux ou trois jours sans attaque. Peu à peu, elles ont diminué de fréquence, vraisemblablement sous l'influence des divers moyens thérapeutiques employés contre l'hémianesthésie. Depuis que celle-ci a disparu définitivement (2 septembre) aucune attaque ne s'est produite.

Quant aux attaques, voici la marche qu'elles auraient suivie depuis l'entrée à Bicêtre, d'après le contrôle journalier exercé par les infirmiers de service selon la coutume de l'établissement :

Novembre	1879	20	attaques
Décembre	—	19	—
Janvier	1880	128	—
Février	—	114	—
Mars	—	71	—
Avril	—	66	—
Mai	—	28	—
Juin	—	50	—
Juillet	—	36	—
Août	—	0	—
Septembre et octobre		0	—

Traitement. L'enfant a été envoyé dès son arrivée à la gymnastique, dont il a régulièrement suivi les exercices. Aucun traitement interne n'a été prescrit au début. On s'est contenté, en fait de médicaments, d'employer à diverses re-

gnalée chez la femme par la plupart des auteurs qui se sont occupés de l'hystéro-épilepsie. (V. en particulier : Bourneville et Regnard, *Iconographie phot. de la Salpêtrière, passim*). Toutefois, nous devons nous demander si dans le cas qui nous occupe il s'agissait réellement des véritables accès épileptiques. Ainsi que l'un de nous l'a fait remarquer, il n'est pas très rare d'observer chez les femmes hystériques des accès convulsifs ayant toutes les apparences de l'épilepsie : Vient-on à comprimer l'ovaire, les convulsions s'arrêtent, preuve manifeste qu'elles sont bien sous la dépendance de l'hystérie ; ce sont de grandes attaques limitées à la période épileptoide. Le défaut absolu de toute élévation de température et l'intégrité complète de l'intelligence, même après des séries de crises de ce genre, viennent encore confirmer cette manière de voir. En ce qui concerne notre malade, nos renseignements sont malheureusement incomplets de ce côté, aussi faisons-nous toutes nos réserves au sujet des accidents relevés par les infirmiers sous le nom d'accès d'épilepsie, et que nous n'avons pu observer nous-mêmes.

prises le *nitrite d'amyle* pour faire cesser les attaques et ce moyen a quelquefois réussi. C'est seulement au mois de juin qu'a été commencé l'usage des *agents esthésiogènes*.

10 *juin*. Hémianesthésie droite. On applique à 10 heures du matin un bracelet formé de *plaques de cuivre* sur la jambe droite au niveau du mollet et un second bracelet formé de *plaques de zinc* sur l'avant-bras droit. Au bout d'un quart d'heure d'application, la sensibilité revient dans toute l'étendue du côté droit mais inégalement ; elle est très marquée au-dessous et autour des plaques métalliques; au pied, au tronc et à la tête les piqûres sont nettement senties mais à un degré moindre. La sensibilité au froid est très marquée dans tout ce côté. Du côté gauche, la sensibilité persiste bien qu'un peu diminuée ; les réflexes produits par le chatouillement de la plante du pied sont aussi beaucoup moins intenses qu'à droite ; en somme, le transfert est resté incomplet. Les bracelets métalliques ayant été enlevés après ces constatations (10 h. 15), on note à 10 h. 22 que la sensibilité est retournée à son état primitif ; le côté droit est de nouveau absolument insensible, même à une transfixion de la peau au niveau de la cuisse. A 10 h. 37, c'est-à-dire un quart d'heure après, aucun phénomène nouveau n'est survenu ; la sensibilité reste intacte à gauche, abolie à droite. Les zones hystérogènes n'ont paru subir aucune modification pendant l'expérience. Aucune oscillation ne s'est produite dans le transfert. — Cette expérience a été répétée mais l'hémianesthésie est encore revenue à droite dès qu'on a retiré les plaques *zinc* ou *cuivre*.

12 *juin*. Hémianesthésie droite complète. Les pôles d'un *aimant* en fer à cheval de grande dimension sont appliqués sur la partie externe de la cuisse droite à 10 h. 13 du matin ; à 10 h. 18, les piqûres d'épingle commencent à être perçues aux environs de l'aimant tandis que la sensibilité devient obtuse du côté gauche ; à 10 h. 30, le transfert est produit : hémianesthésie gauche complète. La transfixion de la peau par une épingle, pratiquée en plusieurs points, ne détermine non seulement aucune douleur mais même aucune sensation, les yeux du malade étant tenus fermés. A la langue, la sensibilité à également passé de gauche à droite. Mêmes remarques pour la sensibilité à la température. L'aimant étant alors retiré (10 h. 32), on constate dès 10 h. 35 que la sensibilité commence à devenir obtuse du côté droit : quelques minutes plus tard l'hémianesthésie est revenue et l'enfant se plaint des piqûres qu'on lui a

faites à la cuisse gauche pendant qu'elle était insensible.

Les troubles dans la vision des couleurs n'ont pas été recherchés parce qu'il n'existait pas de dyschromatopsie bien nette avant l'expérience.

Diverses tentatives ont été faites pour produire le *sommeil hypnotique* par la fixation du regard ; mais malgré une grande persistance dans la durée des expériences toutes sont restées infructueuses.

De nouvelles applications d'aimants ayant été faites sans amener de modification durable dans l'état de la sensibilité, l'enfant fut envoyé tous les matins à la douche à partir du 1er août ; c'est vraisemblablement à l'influence de l'*hydrothérapie* qu'il faut attribuer la disparition définitive de l'hémianesthésie qui fut constatée le 2 septembre. Ainsi qu'on peut le voir dans le tableau que nous avons rapporté plus haut, il n'y a pas eu trace d'attaque depuis le début de ce traitement. Toutes les zones hystérogènes ont disparu et on peut maintenant comprimer de toute sa force la zone bregmatique sans déterminer aucune sensation anormale. Les couleurs sont exactement perçues des deux côtés.

L'enfant n'ayant eu aucune attaque en août, septembre, ni octobre, quitte Bicêtre le 20 de ce mois en état de parfaite santé. Pendant son séjour (Nov. 1879 à Oct. 1880) il a grandi de 0,03 cent. (1m27-1m30) et son poids a augmenté de 300 gr. D'après les tables de Quetelet (*Anthropométrie*, p. 177 et 418), l'accroissement de taille physiologique à cet âge serait d'environ 46 millimètres et l'accroissement de poids de 4 kilog. par an. (*Ann. d'hygiène publique*. Paris, 1833 ; tome X, p. 12) ; la maladie paraît donc avoir exercé une influence assez fâcheuse sur la nutrition générale et le développement.

Telle est la série des phénomènes cliniques observés chez cet enfant. On voit que ses attaques, exactement analysées, reproduisent tout à fait les diverses périodes de l'attaque hystérique connue. Chez lui comme chez la femme, l'attaque peut revêtir des modalités diverses : tantôt complète, c'est-à-dire constituée par les trois périodes également accentuées ; — tantôt réduite aux deux premières ou même à la seule période épileptoïde maintes fois enregistrée pour un accès d'épilepsie ordinaire. Il est vraisemblable que certains malades doivent aussi

présenter isolément des phases de délire plus ou moins prolongées, ainsi que cela a été observé chez la femme (1).

Comme on l'a vu également, les *troubles de la sensibilité* générale et spéciale avec leurs modifications par les *agents esthésiogènes* se retrouvent chez notre malade ; son *hémianesthésie* a disparu peu à peu et il a recouvré complètement la sensibilité sous l'influence de l'hydrothérapie. Nous ne croyons pas devoir nous arrêter à l'objection de *simulation* tant de fois faite à l'anesthésie des hystériques. Comme M. Charcot l'a souvent répété, lorsqu'on voit des malades subir la transfixion de la peau sans qu'aucune modification appréciable se produise dans leur physionomie, et cela, bien que l'on répète l'expérience à de nombreuses reprises, pendant des mois entiers et en prenant les précautions les plus minutieuses, il doit être permis de croire tout naïvement à la réalité de l'anesthésie. Au reste, notre malade n'avait jamais vu d'hystériques en attaque et n'avait aucun camarade atteint de cette maladie, ce qui doit faire écarter toute idée d'imitation.

De même que chez les femmes hystériques, nous avons constaté dans ce cas la présence de *zones hystérogènes* se comportant de la même façon. La plus active siégeait un peu en avant du bregma (*clou hystérique*). Une pression légère provoquait une attaque que l'on arrêtait, comme chez la femme, par une pression plus énergique. — La compression des testicules a été de nul effet : — celle des autres zones déterminait seulement quelques-uns des phénomènes de l'aura.

Le *sommeil hypnotique* qui n'a pu être provoqué ne constitue pas davantage une objection à l'identité de la maladie dans les deux sexes, car on sait qu'il est un certain nombre de femmes hystériques chez lesquelles on ne peut le produire.

---

(1) Voir *Iconographie phot. de la Salpêtrière*, t. I et II.

Nous nous croyons donc autorisés à conclure que *les manifestations de l'hystérie sont identiques dans les deux sexes*. Tout au plus y aurait-il lieu, comme nous le disions au début de cette note, de faire une légère restriction pour les troubles de la sensibilité morale qui empruntent sans doute un caractère distinctif à la constitution particulière de la femme. (Extrait du *Progrès médical*, 1880, n°s 47 et 48, p. 951 et 966).

V.

Recherches sur l'action physiologique et thérapeutique du bromure d'Éthyle dans l'épilepsie;

Par Bourneville et d'Olier.

Le bromure d'éthyle ($C^2H^5B^r$) a été successivement expérimenté comme anesthésique général par Nunneley (1865), Turnbull (de Philadelphie) (1877), et Lewis (1880). Récemment encore, M. le Dr Terrillon s'efforçait de le faire entrer dans la pratique chirurgicale comme exempt de la plupart des dangers inhérents au chloroforme; selon lui, le bromure d'éthyle n'exposerait pas à la syncope, n'entraînerait pas les vomissements si fréquents pendant ou après la chloroformisation; enfin, le malade reviendrait rapidement à lui après l'anesthésie.

L'histoire du bromure d'éthyle et de son emploi comme anesthésique a occupé assez longuement la presse médicale, dans ces derniers temps, pour que nous ne croyions pas devoir revenir sur les propriétés physiques et chimiques de ce médicament. Nous dirons seulement à ce sujet, pour mettre en garde contre une cause d'erreur fréquente, que le bromure d'éthyle du commerce est fréquemment impur et mélangé de dérivés bromés du bromure d'éthyle donnant au mélange une odeur désagréable. C'est ce liquide qui est généralement usité pour l'anesthésie locale, mais, lorsqu'on veut l'employer en inhalations, les malades ne tardent pas à être pris de toux, d'éternuement et de larmoiement qui obligent à suspendre l'opération. Nous renvoyons d'ailleurs pour tous les détails historiques et chimiques relatifs au bro-

mure d'éthyle aux bulletins du *Progrès médical* du 19 juin (1) et du 28 août 1880 (2).

Il y a déjà plusieurs années que le *chloroforme*, le *nitrite d'amyle* (3), l'*éther* (4), les *valérates d'amyle* et *d'éthyle* sont employés pour combattre les accidents convulsifs de l'*hystérie* et de l'*épilepsie*; malheureusement, si, grâce à ces médicaments, on parvient le plus souvent à faire cesser ou avorter les attaques et quelquefois à enrayer des états de mal, les accès convulsifs n'en sont pour cela ni plus ni moins fréquents, et la marche de la maladie n'est que bien rarement modifiée. Pensant que le nouvel agent anesthésique donnerait peut-être de meilleurs résultats, nous avons entrepris, à Bicêtre, durant une période de deux mois, une série d'expériences sur des épileptiques et des hystériques mâles. Dix épileptiques, dont cinq enfants et cinq adultes, ont été soumis à des inhalations quotidiennes de bromure d'éthyle; chez huit autres sujets, le médicament a été administré à plusieurs reprises au moment même d'attaques d'hystérie ou d'accès d'épilepsie. Ainsi ont été réalisées environ cinq cents expériences dont nous avons présenté à la *Société de biologie* les résultats principaux (*Prog. méd.*, 7 août 1880). Les modifications des diverses fonctions physiologiques, respiration, circulation, température, sécrétions; enfin, les accidents qui ont pu survenir ont été soigneusement notés. Quant au mode d'administration, le médicament a toujours été donné en inhalations au moyen d'une compresse, le malade étant dans le décubitus dorsal comme pour l'anesthésie chirurgicale. Les doses n'ont guère dépassé 10 ou 15 grammes versés sur la compresse, en plusieurs fois.

---

(1) Ch. Féré. — *L'anesthésie par le bromure d'éthyle.*
(2) Yvon. — *Le Bromure d'éthyle.*
(3) Bourneville. — *Rec. clin. et thér. sur l'épilepsie et l'hystérie.* 1876.
(4) Bourneville et Regnard. — *Iconographie phot. de la Salpêtrière.* Tom. I, p. 154, t. II et III, *passim.*

Nous établirons dans cet exposé la division suivante : 1° propriétés physiologiques du bromure d'éthyle ; 2° action sur les attaques d'hystérie ; 3° action sur les accès d'épilepsie ; 4° action sur l'épilepsie.

I. *Propriétés physiologiques.* — L'action physiologique du bromure d'éthyle a été étudiée complètement chez les animaux et ensuite chez l'homme par M. Terrillon (*Bull. gén. thérap.*, avril et mai 1880) et, sauf pour quelques points que nous allons indiquer, nos recherches n'ont fait que confirmer les résultats précédemment acquis. D'après M. Terrillon, dans l'anesthésie, par le bromure d'éthyle, les pupilles seraient d'abord dilatées sans aucune tendance au resserrement ; l'agent anesthésique ne provoquerait pas de toux ; il existerait une période de convulsions toniques ; enfin, la résolution musculaire surviendrait toujours au bout de quelques minutes.

Ces divers phénomènes ne se sont pas toujours produits dans nos expériences. Les pupilles, quelquefois fortement dilatées au début de l'inhalation, ont été, dans d'autres cas, rétrécies ; d'autres fois, une observation attentive nous a fait assister à des états alternatifs de contraction et de resserrement de l'iris soumis ainsi à une série d'oscillations de près d'un mill. ; il ne paraît donc y avoir à cet égard rien de constant. — La toux s'est montrée fréquemment, surtout chez les adultes, et même chez l'un d'eux elle ne se produisait pas à chaque inhalation. Nous n'avons pas observé de phase de convulsions toniques, à moins qu'on ne désigne sous ce nom un certain état de raideur des membres qui, dès le début des expériences, offraient, en effet, une certaine résistance aux mouvements communiqués ; mais cette raideur persistait, le plus souvent, jusqu'au réveil, et ce n'est que très exceptionnellement, même après des inhalations de 10 minutes et plus, que nos malades ont présenté une résolution musculaire complète. Ajoutons enfin que l'anesthésie cutanée a été inconstante et fréquemment incomplète.

Bien que les sujets de nos expériences fussent épileptiques ou hystériques, et par conséquent dans des conditions un peu différentes de ceux de M. Terrillon, nous pensons qu'il doit être tenu compte de ces divergences. La première observation de M. Terrillon concerne d'ailleurs également une hystérique.

Voici quelques autres modifications observées dans l'état général et les différents appareils.

A. *Température.*—Sur un total de plus de vingt séries de températures, il a été observé, pendant l'inhalation, tantôt une élévation (3 fois), tantôt un abaissement (3 fois) de quelques dixièmes; mais ces variations n'ont jamais dépassé un demi-degré. Immédiatement après, la température revenait au degré primitif et souvent elle n'a pas varié pendant toute l'expérience. Au total, on doit donc admettre que le bromure d'éthyle n'exerce pas d'influence notable sur la température.

B. *Appareil circulatoire.*—Rien de spécial n'a été noté du côté du *cœur*. Le *pouls* chez tous les sujets et à toutes les expériences, presque sans exception, a présenté pendant l'inhalation une légère exacerbation : 5 fois seulement, on a observé un ralentissement ne faisant pas d'ailleurs une différence de dix pulsations. Quant aux qualités du pouls, elles n'ont pas varié sensiblement; il n'a été noté ni petitesse, ni irrégularité, ni intermittences. Une forte congestion de la face se produit généralement au bout de 2 ou 3 minutes. La *respiration* a presque toujours été, comme le pouls, un peu accélérée à la même période; jamais elle ne s'est trouvée gênée notablement par des mucosités s'accumulant dans le pharynx, comme cela a été plusieurs fois signalé.

C. *Système nerveux.*—Perte de connaissance au bout de 1 à 3 minutes; anesthésie au bout de 3 à 5 minutes, s'accentuant à mesure que l'inhalation se prolonge, mais devenant rarement absolue, et, en tout cas, ne

s'accompagnant presque jamais de résolution musculaire complète.

D. *Sécrétions.*—Larmoiement assez abondant chez la plupart des malades. L'urine, dont la quantité n'a pas paru varier, n'a jamais contenu ni sucre ni albumine. Rien n'a été noté du côté de la sueur.

E. *Etat général. Poids.*—L'appétit s'est toujours conservé excellent et la nutrition générale paraît n'avoir aucunement souffert du traitement (une inhalation de 5 à 10 ou 15 minutes tous les matins pendant deux mois). Au bout de ce temps, les 5 enfants en expérience qui étaient âgés de 12 à 16 ans, ont présenté une augmentation de poids de 1 à 9 kil. Si, d'après Quételet (1), on admet pour cet âge une augmentation de poids physiologique d'environ 400 gr. par mois, on voit qu'il n'y a réellement eu aucune entrave apportée au développement.

Signalons, en terminant ces considérations physiologiques, le seul accident que nous ayons observé pendant le cours de nos expériences. Sur les 10 malades en traitement, 2 ont présenté dans les 15 derniers jours de la rigidité des membres accompagnée de tremblement. A peine l'inhalation était-elle commencée, qu'on voyait les membres supérieurs d'abord, puis les membres inférieurs s'étendre, se raidir et finalement être agités de tremblement; ce dernier était surtout marqué aux membres supérieurs et atteignait également les deux côtés. A partir du jour où il s'est présenté pour la première fois, ce phénomène s'est invariablement reproduit chez les deux malades dans toutes les expériences.

II. *Action sur les attaques d'hystérie.*—Le bromure d'éthyle, administré à plusieurs reprises à 5 hystériques mâles de Bicêtre et à des hystériques de la Salpêtrière, a presque constamment amené la cessation des phénomènes convulsifs et plusieurs fois, chez deux malades, le

(1) Sappey. — *Anat. descriptive*, t. I, p. 32.

passage rapide du clownisme au délire. Nous avons observé plusieurs fois ce fait à Bicêtre, chez des sujets en proie à une série d'attaques hystériques (vagues abdominales, strangulation, convulsions toniques et cloniques, arcs de cercle, etc.); à peine la compresse était-elle depuis quelques secondes sur la bouche du malade, alors vigoureusement maintenu par des aides, qu'on voyait survenir la résolution et bientôt la période du délire; il y avait eu, en définitive, avortement des phases convulsives. Tantôt alors la crise se terminait sans autre incident; tantôt au contraire, après un répit de quelques minutes, une nouvelle attaque se produisait avec phase épileptoïde, grandes convulsions, etc., qui était enrayée, de nouveau et qui, si elle était la dernière, se terminait généralement par des pleurs et des sanglots, plus rarement par un rire inextinguible accompagnant le délire. Dix minutes ou un quart d'heure après, le malade complètement revenu à lui était capable de marcher seul.

III. *Action sur les accès d'épilepsie.* — L'administration du bromure d'éthyle au moment même des accès, n'a pu être essayée que sur un nombre de malades très restreint, et les résultats obtenus ont été extrêmement différents. L'inhalation commencée dès la période tonique a, dans trois cas, produit en quelques secondes la résolution musculaire; dans d'autres cas, la durée et l'intensité des convulsions ont paru diminuer; quelquefois enfin, la médication n'a produit aucun effet appréciable; à cette catégorie appartiennent, par exemple, les cas où des malades en traitement ont été pris d'un accès d'épilepsie au cours même de leur inhalation quotidienne; il nous est arrivé plusieurs fois dans ces circonstances de forcer la dose de bromure; l'accès poursuivait sans la moindre modification sa marche ordinaire.

IV. *Action sur l'épilepsie.* — Sur 10 épileptiques, dont 5 adultes et 5 enfants, soumis pendant deux mois (juin et juillet 1880) à une inhalation quotidienne pous-

sée jusqu'à l'anesthésie et, dans plusieurs cas, prolongée jusqu'à 20 minutes, 5 ont présenté en juin une diminutipn considérable du nombre des accès (4 à 41 accès de moins qu'en mai). Cette différence s'est encore accentuée en juillet (12 à 11 accès de moins qu'en juin). Les comparaisons avec l'année précédente donnent des résultats un peu moins favorables : ainsi, en juin 1880, 7 malades sur 10 ont eu de 2 à 59 accès *de plus* qu'en juin 1879; 3 seulement de 21 à 39 accès en moins. Pour juillet 1880, la proportion se trouve renversée ; 7 malades sur 10 ont eu de 11 à 55 accès *de moins* qu'en juillet 79; les 3 autres de 1 à 34 accès en plus. Malgré ces contradictions, il ressort évidemment de ce chiffre que le bromure d'éthyle exerce une action certaine sur la marche de l'épilepsie.

Nous devons en terminant cette note indiquer ce qu'il est advenu des malades qui ont suivi ce traitement.

Quatre d'entr'eux, dont 3 enfants, sont morts en état de mal épileptique, 2 en juillet (1), le 3e en août, le 4e en septembre. Une autre, idiot épileptique, a été atteint en juillet, dans le cours même du traitement, d'un affaiblissement des membres inférieurs, en même temps, il y avait de la fièvre, de l'inappétence, et, quelques jours plus tard, on constatait une paraplégie complète. Aucune convulsion n'a été notée; la paraplégie a diminué peu à peu, par l'exercice, et, actuellement (mars 1881), l'enfant se tient sur les jambes et marche, soutenu par les mains. Son état général est d'ailleurs excellent ; il n'existe aucune déformation ni changement de volume des membres, qui sont très volumineux. Est-ce au bromure d'éthyle qu'il faut rapporter ces accidents en d'autres termes, s'agit-il là d'une *paraplégie toxique ?* Nous l'ignorons. Quoiqu'il en soit, nous devions mentionner cette affection intercurrente. Quant aux cinq autres malades, ils n'ont rien présenté de particulier.

---

(1) Voir l'observation de l'un d'eux à la page [illegible].

En résumé, nous croyons pouvoir tirer de l'ensemble de ces recherches les conclusions suivantes :

1° La dilatation pupillaire, au début des inhalations de bromure d'éthyle, n'a rien de constant;

2° La résolution musculaire complète est exceptionnelle;

3° L'anesthésie se produit à des degrés très variables suivant les sujets;

4° La température, les sécrétions, l'état général ne paraissent subir aucune modification;

5° Le pouls et la respiration sont légèrement accélérés;

6° Il peut se produire un tremblement plus ou moins marqué des membres pendant l'inhalation, mais ne persistant pas en dehors d'elle ;

7° Les attaques hystériques sont en général facilement arrêtées avec le bromure d'éthyle;

8° Les accès d'épilepsie peuvent quelquefois être enrayés en donnant le médicament dès la période tonique; le plus souvent l'inhalation reste sans effet;

9° Dans l'épilepsie, l'emploi régulier du bromure d'éthyle, administré en inhalations quotidiennes pendant une période d'un à deux mois, diminue très notablement la fréquence des accès.

VI.

Epilepsie, délire, idées de suicide; mort par érysipèle de la face. — Inégalité des hémisphères; anomalies des circonvolutions; par H. d'Olier, interne des hôpitaux.

Fontai..., César-Alexandre, 41 ans, est entré le 23 août 1875, à Bicêtre, division des épileptiques simples (service de M. Bourneville).

Antécédents. Ce malade est né dans le Pas-de-Calais. Il a fait en Afrique un congé de deux ans, pendant lequel il aurait passé 11 mois à l'hôpital pour la dysentérie et les fièvres. Il avoue lui-même qu'il était, à cette époque, grand buveur d'absinthe.

Pendant son enfance, il aurait eu de l'impétigo du cuir chevelu jusqu'à 11 ans. Variole bénigne à 16 ans. Le père a toujours été bien portant; la mère est morte à 72 ans, paralysée, mais sans avoir jamais présenté auparavant de troubles nerveux. Le malade avait un frère et cinq sœurs, dont deux sont mortes de la poitrine.

Les premiers accès épileptiques se seraient montrés vers 26 ans (1860), à la suite de nombreux excès génitaux. Le premier accès serait survenu, sans aucun phénomène précurseur, alors que le malade était à son travail. Il existait déjà à cette époque un certain défaut d'équilibre dans l'état mental; Fontai... dit lui-même « qu'il n'avait alors aucune confiance en lui, qu'il se voyait abandonné par sa famille, qu'il était désespéré. »

Au début, les accès étaient faibles et assez fréquents; peu à peu, ils s'espacèrent et devinrent plus violents. Au moment de l'arrivée à Bicêtre (15 ans après le début), les accès se renouvellent en moyenne 7 ou 8 fois par jour : le malade tombe ordinairement sur la face; il est agité de convulsions qui atteignent tous les membres, écume beaucoup, se mord la langue et, souvent, urine sous lui; puis, la respiration devient fréquente et stertoreuse et l'accès

se termine au bout de 5 à 10 minutes, sans laisser aucun souvenir.

L'état mental s'est profondément modifié depuis 15 ans. En 1875, le malade présente fréquemment, dans l'intervalle des accès, une agitation extrême, avec un délire caractérisé par des idées politiques en faveur de la République; il veut que tout le monde soit heureux. De plus, il manifeste des impulsions violentes et est en état de nuire aux personnes qui l'entourent. C'est ainsi que, le 31 septembre 1876, dans une période d'exaltation extrême, le malade se lève furieux de son lit et se précipite sur le veilleur pour l'étrangler. Cette agitation, accompagnée du délire habituel, persiste pendant trois jours pleins. Quand les accès étaient séparés par un intervalle suffisant, le calme revenait et le malade pouvait encore s'occuper; il allait à la Bibliothèque. Cependant dans le courant de 1877, la prédominance du délire devint telle qu'on dut le faire passer à la section des épileptiques aliénés.

C'est seulement en 1879 que se manifestèrent les idées de suicide. Plusieurs fois, on l'a surpris se frappant la tête le long des murs. En février 1880, ces tentatives deviennent si fréquentes qu'on est obligé de laisser le malade constamment camisolé. Son délire est raisonné : il raconte avec un air de profonde résignation que tout ce qu'il fait lui est commandé par des voix, celle de Dieu notamment, qui lui ordonnent de temps en temps à travers la muraille de se donner la mort pour le bien de ses semblables. Dès qu'il entend la voix, il tâche de se jeter hors du lit, de se frapper, etc.

Avant d'en arriver à l'idée du suicide, le malade a présenté à plusieurs reprises une sorte d'exaltation mystique. C'est ainsi que, pendant l'été de 1879, il se mettait très souvent à genoux dans la cour, un bandeau sur les yeux, la face tournée vers le soleil, et restait parfois plusieurs heures dans cette position. D'autres fois, il restait agenouillé devant les grilles, les bras étendus, marmottant des prières et demandant des prêtres. Le lendemain, il trouvait qu'il n'y en avait pas assez et demandait qu'on les coupât en deux pour en doubler le nombre.

L'examen physique, au commencement de 1880, donnait les renseignements suivants :

Tête irrégulière et face asymétrique; l'os malaire gauche paraît être sur un plan postérieur au droit. Le nez est comme écrasé et un peu déjeté à droite, arcades sourcilières à peine marquées.

Oreilles régulières, mais un peu asymétriques; l'ourlet

descend beaucoup moins bas à gauche qu'à droite. Le lobule est adhérent jusqu'à son extrémité, des deux côtés.

Lèvres volumineuses; la supérieure très épaisse paraît avoir été coupée à plusieures reprises, soit dans les chutes, soit par des morsures et présente des plis de cicatrices de la muqueuse formant comme une série d'étages.

La voûte palatine, le voile du palais, les arcades dentaires ne paraissent pas présenter d'asymétrie.

La physionomie présente une expression bestiale et annonce un abêtissement profond. Les yeux sont petits, presque constamment fermés ; le cuir chevelu et surtout le front sont couturés de nombreuses cicatrices qui rendent le visage hideux.

Les autres parties du corps, les membres, les organes génitaux, ne présentent rien de particulier à noter. La sensibilité générale et spéciale paraît normale.

28 *mars*. Début d'un érysipèle de la face. Le pavillon de l'oreille gauche est rouge et chaud ainsi que la joue correspondante. Le malade ne peut ouvrir les yeux à cause d'un œdème considérable des paupières de chaque côté, T. R. 40°. — *Soir* : 37°,6. Trait.: Eau de Seddlitz. Compresses d'eau de sureau.

29 *mars*. L'érysipèle a gagné le front et une partie du cuir chevelu. T. R. 38 ,6. — *Soir :* T. R. 37°.

30 *mars*. La face est envahie complètement et présente un gonflement énorme. Les paupières supérieures, tres œdématiées, présentent des eschares superficielles, larges comme des pièces d'un franc. Du côté du cuir chevelu, la rougeur ne paraît pas dépasser la région temporale. Il y a, en plusieurs points, de petits abcès sous-cutanés qui existaient avant l'apparition de l'érysipèle, et dont le plus volumineux, situé au niveau du sinciput s'est ouvert à l'extérieur depuis 3 jours. T. R. 39°,4. — *Soir :* T. R. 39°.

31 *mars*. Même état. Il est impossible de tirer une réponse du malade qui marmotte continuellement des mots incompréhensibles. T. R. 39°. — *Soir :* T. R. 39°,6.

1er *avril*. Mort à 6 heures du matin. T. R. une heure avant la mort 39°,8.

Autopsie. — *Cuir chevelu* épais d'un centimètre et très adhérent au crâne. Vaste décollement dans la région occipitale, au niveau de l'abcès dont il a été parlé plus haut.

Le *crâne* n'a pas une épaisseur exagérée, mais présente une asymétrie remarquable dont on se rend surtout compte en examinant la face interne. La crête frontale et la protubérance occipitale interne sont, en effet, notablement re-

portées vers la gauche, ainsi que la gouttière sagittale et la suture interpariétale.

La demi-circonférence de la base du crâne, mesurée de la suture sagittale à la protubérance occipitale externe, est, à droite de 285 mill. et à gauche seulement de 235. Différence 5 centimètres. Enfin, lorsque tendant un fil de la crête frontale à la protubérance occipitale interne, on mesure la distance qui sépare le milieu de ce fil des parois latérales du crâne, on trouve à droite 80 mill.; à gauche 57 mill. Différence : 23 mill. Les os du crâne sont soudés sur plusieurs points des sutures pariéto-occipitales.

Dure-mère très épaissie, très adhérente sur les bords de la scissure interhémisphérique, principalement en haut et en arrière; ailleurs, on ne constate pas d'adhérence. Au niveau des fosses sphénoïdales, elle présente un piqueté rouge qui résiste au lavage et au grattage.

Les deux hémisphères cérébraux offrent une congestion considérable à la base, surtout à gauche. Sur la partie la plus élevée de la convexité, l'*arachnoïde* et la *pie-mère* sont très épaissies et ont une teinte blanchâtre opalescente.

Artères de la base. Les vertébrales présentent une grande différence de volume, tandis que la gauche a une largeur de 4 millimètres, la droite n'a que 1 mill. 1/2. La cérébelleuse inférieure gauche est également plus volumineuse que la droite, qui est filiforme.

Au niveau de l'hexagone, la communicante postérieure gauche est beaucoup plus petite que la droite. Les deux cérébrales antérieures sont largement anastomosées par la communicante antérieure. Enfin, les vertébrales, le tronc basilaire, les carotides sont parsemées de nombreuses plaques d'athérome. Rien de particulier dans les tissus. Le poids total de l'encéphale est de 1,480 gr. et se décompose ainsi :

Cerveau, 1,280 gr. (Hémisph. g. 560 gr., hémisph. droit 720 gr. Différence: 160 gr.)

Cervelet et isthme : 200 gr. (lobes cérébelleux droit et gauche chacun, 85 gr. Bulbe et protubérance, 30.)

L'inégalité de volume des hémisphères cérébraux est très apparente à la vue. Du côté gauche, la scissure de Sylvius paraît se prolonger en arrière plus loin que sur l'hémisphère droit. On remarque, sur les deux hémisphères, que le sillon de Rolando est très reporté en arrière, d'où il résulte que les circonvolutions frontales présentent une longueur notablement plus considérable qu'à l'habitude. On

trouve, en mesurant la distance qui sépare l'extrémité supérieure du sillon de Rolando de la pointe du côté frontal de l'hémisphère droit 18 cent., sur l'hémisphère gauche 19 cent. 15, alors que, sur la plupart des cerveaux, cette distance est en moyenne 15 à 16 cent. D'autre part, on trouve, en mesurant de l'extrémité supérieure du sillon de Rolando à la pointe du côté occipital : à droite, 13 cent.; à gauche 8,5. Remarquons en passant que c'est l'hémisphère gauche, le plus petit, qui présente le plus grand développement du lobe frontal.

Outre cette première anomalie, le dédoublement normal de la deuxième circonvolution frontale se trouve ici tellement accentué, qu'on pourrait croire, au premier abord, qu'il existe quatre circonvolutions frontales parallèles. Mais on sait que la présence d'une frontale parallèle supplémentaire n'est admise par les auteurs qu'autant qu'il existe 4 points d'attache sur la frontale ascendante : or, il n'en existe ici que trois.

Les longueurs des trois frontales de chaque côté, mesurées d'une extrémité à l'autre sans tenir compte des plis intermédiaires, sont les suivantes :

Côté droit : $F^1 = 15$ cent.; $F^2 = 11,5$; $F^3 = 6,5$.
Côté gauche : $F^1 = 16,5$; $F^2 = 11,5$; $F^3 = 7,5$.

Comme on le voit, chacune de ces circonvolutions atteint son plus grand développement sur le plus petit hémisphère.

Les circonvolutions occipitales et sphénoïdales ne présentent pas d'anomalies, mais on remarque, vers la face inféro-interne du lobe sphénoïdal gauche, que la pie-mère est adhérente à la substance cérébrale sur une étendue de 4 ou 5 centimètres carrés.

Si l'on tient compte du piqueté de la dure-mère au même niveau et de la congestion veineuse générale de la base de l'encéphale, on voit qu'il y a là des lésions de méningite récente, vraisemblablement suffisantes pour expliquer la mort.

Réflexions. — Nous n'insisterons pas sur les anomalies des circonvolutions qui viennent d'être signalées. On nous permettra seulement de remarquer combien est arbitraire la manière de compter les circonvolutions frontales, que nous avons mentionnées plus haut. Il paraît au moins exagéré de persister à considérer comme une même circonvolution, deux plis cérébraux parallèles, égaux en

volume, égaux aussi aux circonvolutions voisines et séparés par un sillon aussi profond que les autres sillons parallèles. Les quatre circonvolutions frontales des cerveaux de criminels, mentionnés par Benedickt et par M. Hanot, présentaient-elles quatre attaches à la frontale ascendante ? Ce point n'est pas indiqué dans le compte rendu des communications et ne parait pas davantage confirmé par les figures de l'atlas de Benedickt.

L'observation précédente est encore intéressante par l'*absence complète* des lésions de méningite et de périencéphalite chroniques, qu'on aurait pu s'attendre à rencontrer à la convexité des lobes frontaux. Ce résultat négatif parait être en corrélation avec l'état symptomatique, dont le phénomène principal était le délire. Sans doute, l'intelligence avait progressivement baissé depuis une dizaine d'années, mais le malade est resté capable, jusqu'aux derniers jours, de répondre aux questions qu'on lui adressait, et même de raconter ses sensations. La démence, si elle a existé, a donc été peu marquée. Toutefois, ce fait est plutôt l'exception, et on observe inversement chez certains épileptiques des états prolongés de démence et, quelquefois, une déchéance intellectuelle rapide, se traduisant à l'autopsie par des lésions de méningo-encéphalite plus ou moins avancées. Enfin, un certain nombre d'observations paraissent prouver que, chez des épileptiques manifestement déments, on peut ne rencontrer à l'autopsie aucune lésion corticale (Bourneville). Nous aurons, d'ailleurs, bientôt l'occasion de revenir sur ces lésions corticales et méningées qu'on observe chez les épileptiques, et qui paraissent se rapprocher singulièrement de celles de la paralysie générale. En d'autres termes, suivant M. Bourneville, la *démence épileptique* se traduit anatomiquement par des résultats négatifs, dans certains cas, et, dans d'autres, par des lésions offrant les plus grandes analogies avec celles de la paralysie générale, bien que, *cliniquement*, il n'y ait pas eu de différences, jusqu'ici, appréciables.

VII.

Atrophie partielle de l'hémisphère cérébral gauche. — Hémiplégie droite. — Idiotie, épilepsie jacksonienne à forme hémiplégique. — Mort en état de mal; par H. d'OLIER, interne des hôpitaux.

Pass... Charles a été amené à l'Infirmerie des idiots de Bicêtre, en 1871 (Service de M. BOURNEVILLE, alors dirigé par M. Falret).

Antécédents. Le père et la mère, tous deux bien portants, n'ont jamais présenté aucun accident nerveux ni fait d'excès de boisson.— Pas de consanguinité. Une cousine de l'enfant, du côté du père, est morte épileptique. Interrogée sur la marche de sa grossesse, la mère raconte qu'elle n'a subi à cette époque aucun traumatisme et qu'il ne lui est arrivé aucun accident, sauf une frayeur qu'elle eut au sixième mois parce que le feu avait failli prendre chez elle; elle n'y a d'ailleurs attaché d'importance qu'après la naissance de l'enfant, en recherchant les causes de sa maladie. L'accouchement a eu lieu à terme et sans difficulté; l'enfant paraissait fort, mais on aurait remarqué dès le moment même de la naissance que le bras droit était cyanosé. Dix mois plus tard, l'enfant aurait présenté ses premières attaques de *convulsions*, elles auraient été très légères; cependant, on aurait observé bientôt que l'enfant remuait moins bien le bras droit que le gauche. Une seconde attaque survint quatre mois plus tard.

A 2 ans, l'enfant marchait seul en traînant la jambe droite. Il prononçait quelques mots « papa, maman, promener », il comptait jusqu'à 20. Il est toujours resté gâteux; cependant on assure qu'il demandait quelquefois le vase. C'est à cette époque qu'auraient débuté les *vertiges* qui augmentèrent rapidement de fréquence. A 4 ans, ils étaient très intenses : ils se produisaient tout à coup, sans aucun signe précurseur, et duraient plusieurs secondes.

D'autres fois, l'enfant présentait des accidents nerveux singuliers : la physionomie s'altérait, il poussait des cris, trépignait et brisait tout ce qu'il avait sous la main. Cet état se prolongea une fois pendant une nuit entière. Le caractère de l'enfant était d'ailleurs devenu de plus en plus irascible et méchant ; il criait presque continuellement.

Les *accès épileptiques*, nettement caractérisés, auraient débuté quelque temps après son arrivée à Bicêtre où il fut placé à l'âge de 6 ans.

Depuis cette époque, l'intelligence a baissé de plus en plus, le peu qu'il savait a disparu. Au mois de mai 1880, l'état de l'enfant était le suivant.

Etat mental. L'intelligence est presque nulle, P... ne reconnaît ni son père, ni sa mère ; aucune parole. Il fredonne de temps en temps. Fréquemment, il a des accès de colère, avec cris violents.

Etat des sens. Rien de particulier. Pas de strabisme.

Etat des membres. Hémiplégie droite incomplète ; l'enfant ne peut marcher que soutenu et traîne la jambe. Pied bot varus équin à droite.

Le malade reste habituellement assis dans un fauteuil où il exécute quelquefois une sorte de balancement rhythmique. Le bras droit est ordinairement collé au tronc, l'avant-bras demi-fléchi, la main pendante à angle droit. Poignet flasque ainsi que les doigts. L'épaule présente une raideur qu'on a peine à vaincre lorsqu'on veut écarter le bras. La jambe droite est étendue sans rigidité et cyanosée dans sa partie inférieure.

Les membres du côté gauche sont un peu plus volumineux et plus longs (d'un centimètre environ) que ceux du côté paralysé.

Appareil digestif. L'appétit est bon. Pas de bave, de vomissements, ni de salacité. Le malade est grand gâteux.

Les accès épileptiqnes reviennent deux et trois fois par jour. Leur chiffre mensuel a oscillé depuis le commencement de l'année entre 85 (mars) et 99 (janvier). Ces accès généralement très courts et diurnes sont caractérisés par des convulsions survenant sans cri initial et exclusivement limités au côté paralysé (côté droit). Dans la plupart des accès, les convulsions, qui débutent toujours par le membre supérieur, s'étendent au membre inférieur ; mais il est rare d'observer une série d'accès sans en voir plusieurs où les mouvements convulsifs restent limités au bras seul. Durant l'accès, les paupières à demi fermées sont

animées d'un mouvement de clignement rapide et peu étendu. Ce mouvement ne paraît pas prédominer spécialement d'un côté.

En même temps que les convulsions d'abord toniques, puis cloniques, se produisent, on observe du côté gauche, principalement dans le membre supérieur, des *secousses* plus ou moins violentes et espacées de plusieurs secondes. Les secousses paraissent avoir été absolument distinguées des secousses du début de la phase clonique de l'épilepsie : outre que le membre où elles se produisent n'a présenté aucune raideur, elles sont faibles, peu étendues, séparées par des intervalles de plusieurs secondes et ne sont pas suivies de convulsions cloniques proprement dites. Nous n'avons pu savoir si Pass.... avait présenté de ces secousses en dehors des accès, mais il existe dans le même service un certain nombre de malades qui sont dans ce dernier cas. Nous ne faisons que signaler en passant ce point sur lequel M. Bourneville a maintes fois appelé l'attention dans ces dernières années et qui fera prochainement l'objet d'une étude spéciale.

Pendant toute la durée du mois de juin, Pass... fut soumis à des inhalations quotidiennes de *bromure d'éthyle* poussées jusqu'à l'anesthésie dans le but de modifier la marche des accès épileptiques. Cette médication parut avoir sur lui une influence marquée: il y eut en juin 36 accès de moins que dans le mois précédent, et 39 de moins que dans le mois de juin 1879. Plusieurs fois des accès d'épilepsie, survenus au moment des visites, avortèrent grâce à l'emploi immédiat du *bromure d'éthyle;* d'autres fois aussi, l'enfant fut pris d'accès dans le cours même d'une inhalation, mais presque toujours ces accès restèrent limités à la période tonique.

Il y avait, en somme, une amélioration notable de l'état général, lorsque l'enfant fut pris, le 5 juillet au soir, d'une série d'accès de plus en plus rapprochés. Le 6 au matin, les accès continuaient, les convulsions tétaniformes et cloniques étant toujours limitées au côté droit. On observait fréquemment dans le membre supérieur gauche des *secousses* durant lesquelles l'enfant soulevait brusquement la main en écartant les doigts. P. 126; T. R. 39°,4. Les yeux étaient ternes, les dents fuligineuses, le facies décomposé: la mort paraissait imminente. Des applications de sinapismes aux cuisses et de ventouses sèches sur la poitrine parurent faire sortir un instant le malade de sa torpeur.

Dans le courant de la journée un seul accès se produisit avec convulsions du côté droit; à gauche, les secousses,

assez faibles, étaient devenues presque continuelles. A minuit, la température atteignit 39°,8. L'enfant succomba dans la nuit. Température immédiatement après la mort : 41°,9.

AUTOPSIE. — *Crâne* épais. La base du crâne est fortement asymétrique ; tous ses étages sont manifestement plus larges du côté droit. Au niveau de l'étage supérieur, la saillie de la voûte orbitaire est plus marquée à gauche. Au niveau de l'étage moyen, on trouve du côté gauche une saillie osseuse de la grosseur d'une noisette et dépendant de la face interne de l'écaille du temporal. Les fosses cérébelleuses paraissent de dimensions égales. Pas de rétrécissement notable du trou occipital. La moitié droite de la voûte crânienne est beaucoup plus développée que la gauche et la suture sagittale ne se trouve plus sur la ligne médiane.

Cerveau. Poids total : 650 gr. (Hémisphère droit, 415 gr. Hémisphère gauche, 235 gr.) Ce dernier hémisphère est beaucoup plus petit que l'autre. Il présente une longueur de 13 centimètres, tandis qu'on trouve, pour le droit, 16 cent. 5.

Sur la face inférieure de l'encéphale, la pie-mère est injectée. On observe également des plaques ecchymotiques sur la face convexe des lobes frontaux, sur les lobes occipitaux et sur le bord postérieur du cervelet.

Le lobe frontal gauche est situé en arrière de son congénère d'environ un demi-centimètre, mais c'est surtout en arrière que la différence de longueur devient évidente.

La décortication des hémisphères est très difficile ; on doit même y renoncer, car on arrache en même temps l'écorce grise sous-jacente. Sur l'hémisphère gauche, les circonvolutions frontales sont moins longues qu'à droite et offrent des inflexions et des plis de passage assez irréguliers. La deuxième circonvolution est très large et présente en partie, vers son extrémité antérieure, son dédoublement habituel. — La troisième circonvolution offre une disposition anormale : elle est très raccourcie et son cap se trouve confondu avec le pied de la frontale ascendante qui est elle-même assez volumineuse, mais paraît parfaitement saine. Le groupe des circonvolutions frontales, ainsi constitué, persiste seul sur la face convexe de cet hémisphère. Le sillon de Rolando ne présente ainsi qu'un seul bord, l'antérieur ; en arrière, l'arachnoïde et la pie-mère se portent sur toute l'étendue du lobe sphéno-occipital à la manière d'un voile rosé, épais d'un peu plus d'un millimètre et paraît sillonné de vaisseaux nombreux. Sur les confins des lobes occipital et sphénoïdal, il existe un bourrelet volumineux

formé par les circonvolutions déformées et ratatinées des bords de l'hémisphère. (*Voir 2 aquarelles dans l'album de la Soc. anat.*) L'espace à peu près triangulaire limité par ce bourrelet est comblé par l'espèce de vélum formé par les méninges. Après l'ouverture du crâne et l'incision de la dure-mère, les membranes soulevées par le liquide céphalo-rachidien simulaient un kyste. Elles constituent en réalité une vaste poche qui communique largement avec la moitié postérieure du ventricule latéral. L'épendyme paraît être à ce niveau directement adossé à la pie-mère et la substance cérébrale a complètement disparu. Le doigt, introduit dans le ventricule, soulève le sac membraneux qui en forme la paroi externe.

Sur la face interne de cet hémisphère et sur l'hémisphère droit, les circonvolutions paraissent normales. Le volume des noyaux gris paraît un peu diminué du côté gauche.

Cervelet. Pas d'atrophie ni d'induration. Les hémisphères cérébelleux pèsent chacun 40 gr.—*Isthme.* La protubérance et le bulbe sont symétriques. Pas d'atrophie des nerfs. La *moelle* n'a pas été examinée.

Les *poumons* présentent une congestion intense et même un certain degré de splénisation de leur lobe inférieur. — *Rate*, 140 gr., volumineuse. — *Foie*, 850 gr. sans congestion ni ecchymoses. — *Reins*, chacun 100 gr. — Le *cœur* ne présente rien de particulier.

Réflexions. — I. Cette observation nous a paru offrir quelque intérêt, surtout au point de vue de la forme qu'ont affectée les symptômes de l'épilepsie considérés dans leurs rapports avec la lésion. On admet généralement que, dans les cas d'épilepsie partielle où il existe des lésions des centres moteurs, les phénomènes convulsifs débutent par les groupes musculaires correspondant à ces centres. (Grasset.) Dans le cas actuel où la perte de substance intéressait toute la région cérébrale, située en arrière du sillon de Rolando, les convulsions débutaient par le membre supérieur auquel elles restaient le plus souvent limitées. Or, le centre des mouvements de ce membre ne paraissait point lésé. Enfin, on a noté des mouvements du membre inférieur et des paupières alors que toute trace de substance cérébrale avait disparu au niveau des centres correspondants. L'intégrité du lobe paracentral pourrait expliquer, cependant, deux des phénomènes en question.

III. Au point de vue anatomique, l'observation précédente n'apporte rien de nouveau à l'histoire de l'atrophie cérébrale et se range à la suite des sept faits analogues rapportés par M. Cotard sous le titre « Atrophie avec disparition complète de la substance nerveuse. » La lésion remonte selon toute probabilité à la vie intra-utérine. Quant à son origine, elle ne paraît pas, d'après les renseignements fournis par la mère, pouvoir être rapportée à une encéphalite traumatique ; on se trouve donc ramené aux hypothèses d'une hémorrhagie méningée ou d'une stéatose cérébrale (Parrot), due elle-même à une cause actuellement impossible à déterminer.

IV. Notons l'arrêt de développement des os du crâne à gauche et des circonvolutions de l'hémisphère cérébral correspondant, se traduisant par une différence de longueur et de poids.

V. Ainsi que l'a fait remarquer M. Bourneville, l'épilepsie hémiplégique peut donner lieu, dans les premiers temps, à un *état de mal* qui ne diffère pas notablement de l'état de mal qui complique l'épilepsie vulgaire. Rappelons aussi, avec notre maître, que les malades qui appartiennent à cette catégorie, ont une période difficile à passer, dans laquelle les accès sont fréquents et que, à mesure qu'ils avancent en âge, les accès s'éloignent de plus en plus et finissent par disparaître (1), de telle sorte que les malades quittent leur section pour passer dans les divisions de l'hospice, en raison de leur infirmité.

---

(1) Bourneville. — *Iconogr. photogr. de la Salpêtrière.* t. II, p. 1-90; — *Société anatomique,* juillet 1876; — *Gaz. méd.*, 1876; — p. 595 et 610; — *Progrès médical*, 1879, p. 299, etc.

VI. Les accès, chez ce malade, ont eu la marche suivante :

	1872	1873	1874	1875	1876	1877	1878	1879	1880
Janvier . .	8	9	17	49	43	37	31	40	99
Février . .	31	65	19	22	23	43	48	41	94
Mars . . .	13	74	31	15	16	50	60	82	85
Avril . . .	65	56	13	24	25	60	115	12	91
Mai	48	70	8	22	30	57	47	73	92
Juin . . .	42	100	33	30	23	35	34	95	56
Juillet . .	97	98	8	53	19	56	35	94	»
Août . . .	26	129	14	27	24	34	80	111	»
Septembre	81	172	5	25	16	62	38	90	»
Octobre .	53	130	14	24	25	40	62	115	»
Novembre	53	67	26	31	41	56	60	83	»
Décembre .	22	18	41	44	17	48	43	106	»
Totaux.	569	988	231	386	302	578	653	0110	»

Du 24 juillet au 31 décembre 1879, on a compté 61 accès et du 1er janvier 1880 au 7 juillet 1880, 546.

VIII.

Idiotie. — Gâtisme. — Eruptions bulleuses sur les membres inférieurs. — Érysipèle. — Bronchopneumonie. — Mort. — Autopsie: Lésions pulmonaires et cérébrales; — Pachyméningite généralisée; — dispositions spéciales de la néo-membrane; par H. D'OLIER, interne des hôpitaux.

Nér... Félix, âgé de 14 ans, est entré le 30 mai 1879, à Bicêtre, à l'infirmerie des épileptiques (service de M. BOURNEVILLE).

Nous ne possédons aucun renseignement sur les antécédents de cet enfant; nous savons seulement qu'il n'aurait jamais été paralysé. Il a toujours été grand gâteux. Il restait toujours confiné à l'infirmerie, à cause d'une faiblesse très grande, qui lui permettait à peine de marcher, de son état de gâtisme et surtout parce qu'il portait aux membres inférieurs des phlyctènes et des ulcérations incessantes. Nous devons insister sur ces lésions qui nous ont paru avoir un caractère assez spécial. Les membres inférieurs présentaient constamment un état de cyanose, et les téguments en étaient d'un bleu violacé; de plus, la température y était abaissée d'une manière évidente à la main. Cet état s'accentuait de plus en plus au-dessous du genou, et les pieds, outre leur coloration foncée, présentaient un état œdémateux très net. C'est sur cette altération préalable des téguments que venait se greffer, en quelque sorte, la seconde lésion consistant en bulles plus ou moins volumineuses, et atteignant, en général, le volume d'une grosse noisette ou d'une noix. Leur production était très rapide: là où il n'existait la veille qu'une tache violacée de la peau, on constatait, le lendemain, la présence d'une grosse bulle remplie d'un liquide roussâtre; deux ou trois jours plus tard, l'épiderme soulevé se rompait en laissant à nu le derme macéré, ramolli, d'un brun noirâtre; au milieu de la tache existait presque toujours une petite escharre, très superfi-

cielle, puisque la cicatrice consécutive était à peine déprimée, mais s'éliminant avec une extrême lenteur. La cicatrisation demandait trois à cinq semaines et il ne se produisait jamais de croûtes à la surface de la plaie. Si nous insistons ainsi sur les lésions des membres inférieurs, c'est que, peut-être, il y aurait lieu de les relier aux lésions méningées révélées par l'autopsie, au même titre que les escharres fessière et sacrée, dont le processus anatomique paraît être identique, sont rapportées aux lésions cérébrales et médullaires. — Divers traitements, entre autres les douches locales, furent successivement employés pour modifier la nutrition désastreuse des membres inférieurs, mais sans résultat.

Quoi qu'il en soit, l'enfant resta pendant l'année entière dans le même état, mangeant avec appétit, mais gardant le lit. Intelligence très affaiblie ; idiotie incomplète ; la parole, quoique rare, existait cependant ; on pouvait, lorsque l'enfant était bien disposé, lui faire prononcer quelques phrases.

Le 20 *novembre*, on vit apparaître autour d'une bulle volumineuse siégeant au bord interne de la plante du pied droit, une rougeur diffuse, qui, dès le lendemain, s'était étendue à toute la jambe. De plus, la jambe gauche était également prise, et toutes deux présentaient un gonflement avec rougeur vive de la peau, limité par un bourrelet nettement accentué à la partie supérieure ; il existait un *érysipèle symétrique*, et, d'ailleurs, le thermomètre accusait 40° dans le rectum. Les deux jambes furent couvertes de collodion, et, fait intéressant à noter, la température tomba dès le lendemain à 38°. L'érysipèle fut ainsi arrêté dans sa marche, mais l'enfant s'affaiblit rapidement, et bien qu'on ne constatât aucune lésion importante dans les divers appareils (seulement quelques râles aux bases), l'enfant tomba dès le 26 novembre dans un état sub-comateux dont il ne sortit plus ; les yeux étaient ternes, fixes, la peau sans élasticité, comme figée sur les parties sous-jacentes. — Mort le 28 novembre.

Autopsie, 40 heures après la mort. — Les *poumons* présentent dans leurs lobes inférieurs quelques foyers de broncho-pneumonie. Les autres viscères thoraco-abdominaux sont sains : *cœur*, 140 gr. ; *foie*, 340 gr.. ; *reins*, chacun 80 gr. ; *rate*, 90 gr.

Crâne mince, sans adhérence exagérée avec les méninges, du moins au niveau de la voûte. *Méninges :* un flot de liquide céphalo-rachidien s'échappe au moment où l'on

incise la *dure-mère*, dont la face interne présente des lésions très importantes ; on la détache facilement du cerveau pour la rabattre sur les parties latérales du crâne. Dans toute l'étendue correspondant à l'hémisphère cérébral gauche, elle est fortement épaissie, et doublée à sa face interne d'une néo-membrane épaissie de 5 ou 6 millimètres au point maximum, c'est-à-dire vers le sommet de la voûte. Cette néo-membrane, très adhérente, mais pouvant cependant être décollée, est d'apparence gélatiniforme et tremblotante dans ses parties les plus épaisses ; elle est limitée en dedans par une mince membrane, lisse et transparente, qu'on prendrait volontiers pour le feuillet pariétal de l'arachnoïde, si son existence distincte n'était rejetée par les atanomistes ; on distingue sans peine à l'œil nu, dans l'épaisseur de la néoplasie, une quantité considérable de capillaires dont quelques-uns ont un diamètre de plus d'un demi-millimètre. Sur une coupe de la néo-membrane, pratiquée au point le plus épais, on s'assure facilement qu'elle est constituée par une série de feuillets stratifiés, dont quatre au moins sont très apparents et dans l'intervalle desquels existent des *cavités irrégulières remplies de sérosité citrine.* Nous reviendrons tout à l'heure sur ce point. Vers la base de l'hémisphère, on ne constate sur la dure-mère qu'un feuillet de nouvelle formation, très mince ; il en est de même sur la face interne de la fausse membrane cérébrale, qui présente néanmoins, après qu'on a enlevé le produit pathologique, une injection très vive ; cette injection augmente à mesure qu'on se porte en arrière, et la congestion est intense dans tout le cul-de-sac dure-mérien qui reçoit la pointe du lobe occipital. Dans toute l'étendue de l'hémisphère droit, la dure-mère est doublée d'une néo-membrane vasculaire, extrêmement mince, qu'on enlève facilement par lambeaux.

Le *cerveau*, recouvert de l'arachnoïde et de la pie-mère qu'on n'en peut détacher en aucun point, est fortement congestionné dans toute l'étendue et surtout dans la partie postérieure de l'hémisphère gauche, qui est couverte d'arborisations vasculaires ; les veines sont gorgées de sang. Dans leur partie antérieure, les deux hémisphères présentent des lésions de méningite ancienne (opacité, épaississement considérable de la pie-mère), qui prédominent surtout à droite, c'est-à-dire du côté où la pachy-méningite est le moins avancée. Il existe au niveau des divers sillons du lobe frontal, du sillon de Rolando et sur le bord supérieur de l'hémisphère, des traînées punctiformes d'un dépôt jaunâtre, opaque, situé sous l'arachnoïde ; ces petites plaques minces, dont quelques-unes atteignent la dimension d'une

lentille, paraissent situées de préférence sur le trajet des vaisseaux.

Les *masses centrales* sont saines dans les deux hémisphères, et diverses coupes pratiquées sur chacun d'eux ne révèlent aucune altération macroscopique de la substance blanche.

Poids total de l'encéphale. . .	1020 gr.
Poids du cerveau.	865 —
— de l'hémisphère gauche.	450 —
— de l'hémisphère droit. .	415 —
— du cervelet et de l'isthme	155 —

Réflexions.—I. Le point qui nous paraît surtout intéressant à relever dans cette observation, est la contexture exceptionnelle de la néo-membrane, dont les feuillets stratifiés cloisonnaient des cavités remplies de liquide ; il est important de remarquer, qu'en aucun point, il n'existait de dépôt sanguin, pas plus à gauche où la lésion remonte vraisemblablement assez loin, qu'à droite où elle paraît au contraire très récente. Il y a donc lieu de se demander si les lésions considérables de pachyméningite qui recouvraient la dure-mère cérébrale gauche sont simplement la néo-membrane qui précède l'hématome presque fatalement consécutif, et alors on s'explique mal la présence du liquide qui existait dans son épaisseur, ou si, deuxième hypothèse, il s'agit d'une néo-membrane ancienne, ayant pu déjà fournir un ou plusieurs hématomes successivement résorbés et dont le liquide des poches serait la dernière trace ? Il paraît singulier que, dans ce dernier cas, on ne retrouve pas d'autre reliquat des caillots ; de plus, l'enfant n'avait jamais, à notre connaissance, présenté de symptômes d'hémorrhagie méningée ; enfin, il est vraisemblable, que, s'il y avait un ou plusieurs hématomes de ce côté, c'est l'hémisphère gauche dont le développement eût dû être entravé ; or, cet hémisphère pèse précisément 35 gr. de plus que son congénère. Il paraît donc qu'on doive revenir à la première hypothèse : pachyméningite interne, non encore hémorrhagique.

II. Les cas de ce genre ne sont pas exceptionnels et M. Bourneville, en nous conseillant de publier celui-ci nous en a cité quelques-uns où, comme dans ce cas, l'idiotie était due à une *méningite chronique généralisée*.

Aussi croit-il que, dans les *idioties*, il convient de distinguer une forme spéciale, ayant pour origine cette lésion des méninges.

III. Les *troubles trophiques* consignés dans cette observation, et sur lesquels notre maître avait appelé maintes fois notre attention, aideront peut-être un jour à poser le diagnostic et à tracer une description précise de cette forme de l'idiotie.

TRAVAUX PUBLIÉS EN 1880.

Mémoires

BOURNEVILLE. — *Contribution à l'étude de l'idiotie* (*Archives de neurologie*, t. I, p. 69.)

BOURNEVILLE et H. D'OLIER. — *De la démence épileptique* (*Ibid.*, p. 213.)

BOURNEVILLE et BRISSAUD. — *Contribution à l'étude de l'idiotie* (*Ibid.*, p. 391.)

D'OLIER (H.). — *De la coexistence de l'hystérie et de l'épilepsie, avec manifestations distinctes des deux névroses, considérée dans les deux sexes et en particulier chez l'homme.* Mém. qui a obtenu le prix Esquirol. (*Annales médico-psychol.*, sept. 1881 et bureaux du *Progrès médical*).

Thèses

LEROY (A.). — *De l'état de mal épileptique.* In-8° de 92 pages.

SADRAIN (G.). — *Étude sur le traitement des attaques d'hystérie et des accès d'épilepsie.* In-8° de 56 pages.

SÉGLAS (J.). — *De l'influence des maladies intercurrentes sur la marche de l'épilepsie.* In-8° de 56 pages.

Ces trois thèses ont été faites surtout à l'aide des observations recueillies par M. Bourneville, soit dans son service de Bicêtre, soit dans le service de M. Charcot à la Salpêtrière.

TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE PARTIE

DEUXIÈME PARTIE

PUBLICATIONS DU MÊME AUTEUR

BOURNEVILLE. **Études cliniques et thermométriques sur les maladies du système nerveux**. Premier fascicule : Hémorrhagie et ramollissement du cerveau. Paris, 1872. In-8 de 168 pages avec 22 fig. : 3 fr. 50.— Pour nos abonnés; 2 fr. 50. — Deuxième fascicule : Urémie et éclampsie puerpérale ; épilepsie et hystérie. Paris, 1873. In-8 de 160 pages, avec 14 fig. Prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . 2 fr. 50.

BOURNEVILLE. **Le choléra à l'hôpital Cochin** (Étude clinique). Paris, 1865. In-8 de 48 pages, 1 fr. — Pour nos abonnés . . . . . . 70 cent.

BOURNEVILLE. **Mémoire sur la condition de la bouche chez les idiots**, suivi d'une étude sur la médecine légale des aliénés. Paris, 1863. Gr. in-8 de 28 pages à deux colonnes. 1 fr. — Pour nos abonnés, 70 cent.

BOURNEVILLE. **Notes et observations cliniques et thermométriques sur la fièvre typhoïde.** In-8 compacte de 80 pages, avec 10 tracés en chromo-lithographie. 3 fr. — Pour nos abonnés . . . . 2 fr.

BOURNEVILLE. **Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie et l'hystérie.** In-8 de 200 pages avec 5 fig. dans le texte et 3 planches. 4 fr. Pour nos abonnés. . . . . 2 fr. 75.

BOURNEVILLE. **Science et miracle : Louise Lateau ou la Stigmatisée belge.** In-8 de 72 pages avec 2 fig. dans le texte et une eau forte dessinées Par P. Richer.—2ᵉ édition, revue, corrigée et augmentée.—Prix : 2 fr. 50. — Pour nos abonnés . . . . 1 fr. 50

BOURNEVILLE et L. GUÉRARD. **De la sclérose en plaques disséminées.** Vol. gr. in-8 de 240 pages avec 10 fig. et 1 planche. 4 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . 3 fr.

BOURNEVILLE ET REGNARD. **Iconographie photographique de la Salpêtrière.** Cet ouvrage a paru par livraisons de 16 pages de texte et 4 photo-lithographies. Douze livraisons forment un volume. Les trois *premiers volumes* sont en vente.

Pour nos abonnés. Prix du volume . . . . 20 fr.

— Nous avons fait relier quelques exemplaires dont le texte et les planches sont montés sur onglets ; demi-reliure, tranche rouge, non rognés. — Prix de la reliure . . . . 5 fr.

BOURNEVILLE et TEINTURIER. **G. V. Townley ou du diagnostic de la folie au point de vue légal.** Paris, 1865. In-8 de 16 pages. 0 fr. 50. — Pour nos abonnés. 35 cent.

BOURNEVILLE et BLONDEAU (A.) **Des services d'accouchements dans les hôpitaux de Paris.** Vol. in-8 de 50 pages. Paris, 1881. — Prix : 1 fr. — Pour les abonnés du *Progrès Médical*. . . . . 75 cent.

BOURNEVILLE. **Laïcisation de l'assistance publique.** Plaquette in-8° de 24 pages. — Prix 75 cent. — Pour nos abonnés. . . . . 0 fr. 50.

Manuel de la garde-malade et de l'infirmière, publié sous la direction du Dʳ Bourneville, par MM. Blondeau, de Boyer, Éd. Brissaud, H. Duret, G. Maunoury, Monod, Poirier, P. Regnard, Sevestre et P. Yvon, rédacteurs du *Progrès médical*. — Ouvrage formant trois volumes in-16. — 1ᵉʳ volume : *Anatomie et Physiologie*, 180 pages, 8 figures. Prix : 2 fr. — 2ᵉ volume : *Pansements*, 316 pages, 60 gravures, prix : 3 fr. 50. — 3ᵉ volume. *Administration des Médicaments*, 160 pages, prix : 2 fr. — Pour nos abonnés, l'ouvrage complet, broché, prix . . . . 5 fr.

Nous avons fait faire un élégant cartonnage anglais pour chacun des trois volumes du Manuel. — Prix par volume 75 c., l'ouvrage complet. . 2 fr.

